CONSEIL GÉNÉRAL DE MAINE-ET-LOIRE

Évaluation du dispositif médico-social

Schéma départemental unique d'action sociale et médico-sociale 2011 – 2015

Eneis Conseil accompagne les organisations publiques

39 Rue de Châteaudun – 75009 Paris

01 42 85 20 53

Propos liminaires – Mode d'emploi

L'élaboration d'un schéma unique d'action sociale et médico-sociale constitue un véritable défi. Intuitivement, il vient bouleverser les pratiques, rompre avec les quant-à-soi, décloisonner les actions, interroger la technicité, créer des espaces de rencontre, modifier les champs d'intervention bouger les lignes des dispositifs, inciter à l'innovation, garantir une cohérence d'ensemble à tous les niveaux de l'existence et malgré tous les accidents de la vie. En un mot, il crée du lien là où les ruptures, protéiformes, sont nombreuses.

L'évaluation de ce premier schéma unique représente une contrainte et une opportunité. Une contrainte : ne pouvant juger de la mise en œuvre d'un document directeur qui n'existe pas encore, elle oblige à proposer une photographie de toute l'action sociale et médico-sociale du Conseil général et d'en mettre en exergue les atouts et les points d'amélioration. Une opportunité : c'est un moment unique pour dresser le bilan de la manière la plus exhaustive qu'il soit de l'action du Département dans les domaines qui relèvent de sa compétence et dans ceux où il intervient sans qu'un cadre légal s'impose à lui.

Deux enjeux principaux traversent donc l'ensemble de cette partie évaluative du schéma :

- **Reconstituer, à partir de la multiplicité des interventions, l'action sociale départementale**. C'est ici le même mouvement qu'un jeu de patience : il faut rassembler une à une toutes les pièces pour reconstituer le puzzle. Puisque le schéma doit être un outil d'aide à la décision, il est nécessaire qu'il offre une connaissance approfondie de l'existant. Toutefois, cet exercice est contraint à la fois par la disponibilité de l'information (celle-ci étant précisément un enjeu du dispositif), et par la nécessité d'opérer une sélection par le haut, c'est-à-dire en se concentrant sur les interventions soit les plus coûteuses, soit les plus innovantes. Ce sera donc un parti-pris de ce document d'analyser une palette large mais ciblée des actions du Conseil général.
- **Proposer une évaluation de ces interventions** : il serait fastidieux de mener un travail d'évaluation qui identifierait pour chaque action son efficacité, son efficience et son impact. Assurément, l'exercice, pour intéressant qu'il aurait été, n'aurait sans doute qu'apporter confusion et cloisonnement. Cette approche de l'évaluation aurait rapidement mené à un travail d'inventaire. Il est aujourd'hui (c'est-à-dire dans le cadre d'un premier schéma unique) plus opportun de proposer une évaluation à partir d'axes directeurs. Ces axes ne sont pas intuitifs. Ils sont constitutifs de ce qui fait la légitimité même du Conseil général à savoir l'obligation qui est faite à une puissance publique de garantir sur le territoire qu'il doit gouverner : l'homogénéité dans la qualité des prises en charge, l'équité dans la répartition des structures, la cohérence d'ensemble du dispositif. *Homogénéité*, *équité*, *cohérence* : tels sont les trois maîtres-mots qui structureront l'ensemble de ce document.

Homogénéité : Elle est la condition *sine qua non* d'un dispositif d'accompagnement de qualité mais elle est aussi la plus difficile à remplir. Les dispositifs sociaux et médico-sociaux se caractérisent par une myriade de structures, associatives, privées, publiques. Les modes d'accompagnement dépendront de la taille de ces établissements et services, de leur ancienneté et de leur histoire, des modes de management en interne, de l'environnement dans lequel elles peuvent se mouvoir, des projets, des personnels, des bénévoles, des soutiens locaux ou nationaux… Pour autant, il est bien nécessaire de proposer un mode de régulation. Le Conseil général sera toujours contraint à déplacer le curseur entre « incitation » et « coercition ». De l'une à l'autre de ces deux extrémités, plusieurs points de rencontre entre chaque opérateur et le Département peuvent être identifiés : la tarification, le contrôle, le dialogue, la sensibilisation, le passage de l'information, le soutien technique, l'apport d'expertise… et d'autres encore qui seront évoqués au sein de ce document. Chaque fois les agents devront faire montre d'adaptation et de fermeté. C'est là toute l'alternative à laquelle oblige le devoir d'homogénéité. On étudiera donc davantage la manière de faire – c'est-à-dire le positionnement sur le curseur – que les résultats visibles sur le terrain : car le Département ne peut être tenu comptable de la façon dont les opérateurs s'approprient la ligne directrice qu'il a tracée.

Équité : Longtemps les schémas n'ont eu de visée que programmative. Cette nécessité faisait loi et constituait l'essence même d'un document qui devait structurer une action publique parfois soumise à des enjeux *très* locaux. L'appropriation par les Exécutifs et par les Assemblées des implications de la décentralisation a sans doute permis de voir émerger une priorisation des problèmes et des réponses à apporter. Un travail important a dès lors été mené visant à financer des nouveaux établissements et services. Mais les territoires du département sont traversés par une multiplicité et une diversité d'enjeux. Le Conseil général est alors le garant de l'adaptation de l'offre à la demande. Il devient indispensable de mieux identifier la seconde pour mieux calibrer la première. Comme question évaluative on préférera donc l'équité à l'égalité. Cette dernière aurait impliqué de s'assurer que chaque territoire est pourvu du même taux d'équipement, quel que soit le dispositif. L'équité oblige à un calcul plus savant qui consiste à bien saisir les problématiques les plus prégnantes pour favoriser la mise en place de réponses au détriment d'autres territoires qui en auraient moins besoin. On abandonne alors les notions de couverture et de maillage au profit de celle d'adéquation et de proximité.

Cohérence : Dans ce mot réside sans doute le principal défi du schéma unique. Il appelle à une nouvelle culture de l'intervention et à une redistribution des cartes. Il serait faux et malvenu (même en introduction d'une évaluation) d'insinuer que l'action du Conseil général dans le domaine social-médico-social manque de cohérence. Là n'est pas le propos : le département s'est vu confier des missions qui n'étaient pas les siennes, des responsabilités qui sont lourdes et difficiles à assumer, des moyens limités, le tout dans un environnement qui lui préexistait et sur lequel il allait devoir interagir. La structuration de son action s'est donc faite par à-coup, au gré des réformes mais aussi des ajustements qu'il a dû mettre en œuvre. Aujourd'hui les dispositifs sont maîtrisés : la régulation de chaque politique répond à une stratégie bien identifiée dans un département qui avait déjà intégré une importante culture du schéma (Personnes âgées, Personnes handicapées, Enfance-Famille) ou de la programmation (Insertion, Habitat). Désormais, il faut viser une cohérence d'ensemble. On parlera alors de pilotage en interne, de structuration des partenariats, de la capacité à

décloisonner autant que possible les dispositifs et les services. On évoquera aussi la fluidité de l'information fournie, les canaux utilisés (entre le siège et ses territoires, entre le département et ses grands partenaires institutionnels). On s'intéressera aux méthodes d'observation, à la capacité à objectiver des problématiques territoriales et des situations individuelles complexes. On identifiera les actions communes ou les mutualisations pour générer des gains d'efficience. La cohérence d'ensemble interrogera la capacité à donner des impulsions, à éviter les ruptures, à mettre chacun devant ses propres responsabilités.

Homogénéité, *équité*, *cohérence*, le cadre est tracé, l'esprit est insufflé. Certains points demeurent à préciser.

Ces trois-maîtres mots renvoient, chacun de manière différente, à la question de la « transversalité ». Le thème est à la mode, mais la coquille est souvent vide. Elle est même régulièrement invoquée comme une solution-miracle, celle qui permettra à l'avenir d'éviter l'aporie d'une situation embarrassante.

Au sein d'un schéma unique, la notion de transversalité se décline à plusieurs niveaux :

- Il s'agit tout d'abord d'évaluer la capacité des acteurs à dépasser leur cadre traditionnel d'intervention pour évoluer sur des champs qui ne relèvent ni de leur connaissance technique, ni de leur compétence. Ce n'est pas la confusion des genres qui est ici recherchée : c'est la capacité d'un acteur, quel qu'il soit, à mobiliser les experts des champs connexes pour mieux comprendre et agir sur une situation. C'est aussi celle qu'il doit développer d'une meilleure connaissance des interventions sociales et médico-sociales qui sont en proximité avec son quotidien.
- La transversalité concerne ensuite l'ensemble des passerelles que les institutions sauront mettre en place pour faciliter la cohérence de l'Action Publique. Relèvent de ce champ de réflexion toutes les initiatives innovantes qui ont visé à contourner les contraintes institutionnelles (réglementation trop rigide ou pesanteur administrative). Cet impératif a pour conséquence, au sein de la partie évaluative, que ne seront pas passées au crible uniquement les actions du Conseil général. Bien au contraire, il sera plus que nécessaire de s'intéresser aux interventions de ses partenaires, la cohérence et la transversalité s'étudiant aussi dans les liens existant entre les institutions. Notamment, les ponts avec les dispositifs dits de droit commun, seront source de richesse en termes de réflexion et d'amélioration de la qualité des interventions.
- Enfin, la transversalité doit être déclinée au sein même du Conseil général. La culture de chacune des directions est très largement irriguée par les spécificités de leur dispositif. Pour autant, si les champs sémantiques diffèrent, les publics et les problématiques auxquels elles sont confrontées sont souvent les identiques.

In fine, s'il est trop tôt pour dessiner les orientations de ce premier schéma unique, il est possible de poser un cadre de réflexion : ce document directeur sera aussi un document stratégique dont l'un des axes principaux sera de viser autant que possible la transversalité de l'action départementale.

Préalablement à la définition des actions du futur schéma, l'évaluation doit être passée en revue. La méthodologie utilisée répond à une logique classique de recueil de données. Près de 200 acteurs ont été rencontrés sur l'ensemble du territoire, interrogés sur les atouts et les points d'amélioration des dispositifs qui les concernaient. Les passerelles à initier avec d'autres secteurs d'intervention étaient également évoquées. Par ailleurs, une centaine d'usagers (tout dispositif confondu) a également été interviewée afin d'étudier leur parcours et les éventuelles ruptures dont ils avaient éventuellement pu souffrir (notamment en raison du manque de coordination des acteurs). Ces deux types de travaux constituent l'essentiel du recueil de données qualitatives. Ils ont pu permettre d'identifier parfois (et de mettre en exergue) des actions innovantes : la partie évaluative du schéma aura alors aussi une vertu pédagogique visant à informer son lecteur des initiatives originales qui existent sur son territoire et qu'il pourra essayer de dupliquer.

Les éléments quantitatifs ont été constitués au travers de questionnaires (13 enquêtes menées en tout sur l'ensemble du département) et d'un Atlas de l'action sociale et médico-sociale dans le Maine et Loire (lequel est constitué de plus de 250 cartes très diversifiées). Quelques éléments de ces deux travaux ont été conservés ici, afin d'illustrer un certain nombre de points.

Ce document représente une masse conséquente d'informations. Deux principes en constituent les deux piliers : évaluer l'action départementale au regard des trois exigences précitées (*homogénéité*, *équité*, *cohérence*) et fournir à chacun une grille de lecture. In fine, la photographie d'un dispositif compte ici autant qu'une appréciation que pourrait apporter un évaluateur. C'est avant tout une nouvelle façon de concevoir la politique sociale dont ce document, voulu par le Conseil général, pose la première pierre. Chaque professionnel doit pouvoir s'en saisir. Certains seront concernés par une carte, une page, un paragraphe, mais il faut que ce paragraphe, cette page, cette carte lui fournissent une information qui s'intègre dans un contexte général dont il saura prendre la mesure.

Tout ici est une pièce d'un très grand puzzle.

Sommaire

Introduction 12

Éléments de méthodologie : la démarche d'élaboration du schéma départemental 12

A) Un contexte législatif renouvelé 13

1. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale 13

2. La loi du 5 mars 2007 14

3. La loi du 11 février 2005 16

4. La loi du 1er décembre 2008 généralisant le Revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion 17

B) Des territoires à interroger 19

C) Un contexte budgétaire contraint 20

Contexte sociodémographique 25

I. La prévention 39

A) Les actions pré- et post- natales 41

1. Le rôle du service départemental de la Protection maternelle et infantile dans la prévention 42

2. La prévention autour de la périnatalité en faveur des personnes présentant des troubles psychiques 49

B) Les actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents 51

1. Les actions de prévention réalisées dans le cadre de la PMI 51

2. La prévention dans le cadre du handicap 56

C) Les actions de prévention de l'exclusion 60

1. Les actions de prévention spécialisée 60

2. L'accompagnement social 63

D) La prévention des actions de conduite à risque 64

E) Les actions de bientraitance 67

1. Les publics handicapés et âgés 68

2. Les mineurs victimes d'abus sexuels – la maltraitance sexuelle 70

II. L'accompagnement à domicile 73

A) Les actions à domicile dans le cadre de la protection de l'enfance 74

1. Les Interventions Éducatives à Domicile (IED) et les Actions Éducatives en Milieu Ouvert (AEMO) 74

2. Le dispositif des TISF 81

3. Les mineurs isolés étrangers 82

4. Les jeunes majeurs 84

B) Le domicile pour les personnes âgées 85

C) Le domicile pour les personnes handicapées 93

1. L'accompagnement en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap 94

2. L'accompagnement à domicile des adultes en situation de handicap 96

3. L'adaptation du logement pour les personnes à mobilité réduite 97

D) Les autres publics 100

1. Les jeunes en insertion 101

2. L'accompagnement médico-social en circonscription 102

5. Les aides au logement en faveur des ménages en difficulté 106

III. L'évolution des publics accompagnés 112

A) La complexification des profils – vers la souffrance et le handicap psychiques 113

B) Les personnes présentant des Troubles autistiques ou des Troubles Envahissants du Développement (TED) 121

C) Les personnes handicapées vieillissantes 124

D) Les personnes présentant des troubles Alzheimer ou apparentés 129

IV. L'aide à la famille et aux aidants 134

A) L'adoption 135

B) L'accueil du jeune enfant 139

1. L'accueil collectif du jeune enfant 140

2. Les Assistants maternelles 144

3. L'accueil des jeunes enfants en situation de handicap 149

C) L'accompagnement à la parentalité et le soutien aux aidants naturels..... 150

1. Le développement d'actions collectives 151

2. Le développement de l'hébergement alternatif 155

D) Le soutien aux aidants professionnels 161

V. L'accueil familial..... 164

A. L'agrément, le suivi et le contrôle de l'accueil familial par le Conseil général 165

B. Une répartition territoriale hétérogène..... 168

C) La nécessité d'approfondir la diversité des formes de l'accueil familial.... 170

VI. La diversité de l'accompagnement en établissement..... 174

A) Le dispositif d'accueil : cadrage général et répartition territoriale 175

1. La structuration de l'offre pour les enfants confiés au titre de l'ASE 175

2. La structuration de l'offre en faveur du public âgé et handicapé 180

B) L'amélioration des accueils d'urgence 187

1. Les accueils d'urgence mis en place dans le Département au titre de la protection de l'enfance 187

2. L'absence d'accueil d'urgence spécifique pour le public âgé et handicapé 189

3. L'accueil d'urgence des personnes en grande difficulté sociale 190

C) La réalisation de l'accompagnement 192

1. Les structures pour enfants pris en charge au titre de l'ASE 192

2. L'accueil au sein des établissements pour personnes en situation de handicap 196

D. L'accompagnement du public en grande difficulté..... 203

1. Les jeunes à la lisière des dispositifs 203

2. Le public en difficulté d'insertion 205

VII. L'insertion professionnelle..... 208

A) L'insertion professionnelle des bénéficiaires du RSA 209

1. L'ingénierie du parcours d'insertion 210

2. Le placement et le maintien dans l'emploi 213

3. L'insertion par l'activité économique 214

4. La formation 216

B) L'insertion professionnelle des jeunes 217

C) L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap 219

1. L'insertion dans le milieu protégé 221

2. L'insertion dans le milieu ordinaire 223

VIII. Le lien social 229

A) La mobilité 230

B) L'insertion sociale 232

1. L'accompagnement vers l'autonomie des jeunes et des adultes 232

2. Insertion professionnelle et accompagnement social 235

3. La politique de la ville 236

4. L'accessibilité à la vie citoyenne 237

C) La lutte contre l'isolement des publics vulnérables (dont le maintien des liens sociaux existants) 242

IX. Le pilotage 246

A) La coordination autour du parcours de la personne 247

1. Éviter les ruptures de parcours 247

2. La coordination autour des structures locales 250

B) La coordination entre l'ensemble des Directions du Conseil général 252

C) La coordination avec les partenaires 252

1. Le secteur sanitaire 252

2. Les partenariats avec la Justice et l'Éducation Nationale dans le cadre de la protection de l'enfance 253

3. Les partenariats autour de la scolarisation des enfants handicapés 258

D) Le dispositif des informations préoccupantes 264
E) L'information auprès des usagers 269
F) L'information auprès des partenaires 271
G) L'observation 271
X. Annexe 275
A) Évaluation synthétique des précédents schémas 275
B) Index 284

Introduction

Éléments de méthodologie : la démarche d'élaboration du schéma départemental

Deux phases borneront la démarche d'élaboration du schéma départemental. La première phase vise à élaborer un diagnostic complet de l'état du dispositif d'action sociale du département. La deuxième phase consiste en la définition d'orientations stratégiques partagées. Ces deux phases de travail s'inscrivent notamment dans la démarche ANJOU 2014 – priorité 2 (« Pour aider chacun à bien se loger : proposer une politique de l'Habitat volontaire et ambitieuse, pour tous ») et priorité 4 (« Pour des solidarités toujours plus actives : développer un accompagnement à tous les âges de la vie »). La mise en place d'un référent par le Conseil général a permis de garantir le suivi de la mission et la construction d'un dialogue avec les directions du Conseil général.

La première phase doit permettre de réaliser une évaluation visant à mettre en exergue les atouts et marges de progrès de l'ensemble des pans du dispositif départemental, pour lesquels le département, en tant que chef de file de l'action sociale et pilote sur ce champ, met en place une action spécifique. L'état des lieux a reposé sur une collecte d'informations à la fois quantitatives et qualitatives : des documents d'activité, bases de données nationales et locales, rapports collectés auprès du Conseil général et des partenaires, permettant de qualifier avec précision l'offre et les besoins sur le territoire. Par ailleurs, des entretiens ont été menés au sein avec des partenaires institutionnels et associatifs : 175 personnes ont été rencontrées dans ce cadre. Des questionnaires ont été adressés aux établissements et services du département. 159 structures ont participé, soit 43% de l'ensemble des envois. Enfin, le Conseil général a souhaité que les usagers soient pleinement associés à la démarche. Ainsi, 139 usagers ont été rencontrés afin d'échanger autour de leur parcours au sein du dispositif, et des questionnaires ont été envoyés à 4.784 personnes, parmi lesquelles 44% ont répondu.

La seconde phase vise à réunir des ateliers pluri-partenariaux autour de différentes problématiques mises en exergue dans la première phase. Ces ateliers permettront de faire émerger des orientations stratégiques qui composeront l'ossature du volet prospectif du schéma départemental.

A) Un contexte législatif renouvelé

Certaines grandes lois (comme celle de 2002) traversent l'ensemble des **champs d'intervention**, mais d'autres sont venues donner une **impulsion** spécifique aux évolutions d'un secteur.

1. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Cette loi concerne l'ensemble des politiques sociales et médico-sociales. Elle s'articule autour de deux axes principaux :

- L'**affirmation de la place des usagers et de leurs familles dans les dispositifs**
- Le renforcement de la coopération et de la coordination entre les acteurs, et du pilotage des dispositifs

L'affirmation de la place des usagers et de leurs familles

Elle passe par la *définition des droits fondamentaux des personnes prises en charge.*

Le texte met fortement l'accent sur les outils visant à concrétiser ces droits.

- le *livret d'accueil*,
- le *règlement de fonctionnement*
- la *charte des droits et libertés*,
- le *contrat de séjour* (ou le document contractuel),
- le *projet d'établissement ou de service*, établi pour cinq ans,
- le *conseil de la vie sociale*, instance de participation des usagers.

Le renforcement de la coordination entre les acteurs, du pilotage et de l'évaluation des dispositifs

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, établi pour cinq ans, doit permettre la mise en cohérence des interventions et l'ajustement des dispositifs aux besoins.

Le texte précise les objectifs du schéma :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins du secteur
- dresser le bilan qualitatif et quantitatif de l'offre existante ; déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- définir les critères d'évaluation des actions conduites.

La loi du 2 janvier 2002 comporte également des dispositions relatives au pilotage des établissements et services (autorisations, évaluations, contrôle…). L'évaluation de la qualité est particulièrement mise en exergue, à travers des obligations d'évaluation interne (tous les cinq ans) et externe (tous les sept ans).

Les principaux enjeux de la loi à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du schéma :

- La mise en œuvre des outils institués par la loi du 2 janvier 2002
- L'appropriation de ces derniers par les usagers d'une part ; par les services et les établissements d'autre part

2. La loi du 5 mars 2007

Le contexte législatif : le dispositif s'inscrit dans un cadre profondément renouvelé par la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance

La loi du 5 mars 2007 consacre le Département comme chef de file de la protection de l'enfance. Trois objectifs sont assignés par le texte :

- Le développement de la prévention
- L'amélioration du repérage et du traitement des informations relatives aux situations de danger
- La diversification et l'individualisation des modes de prise en charge des enfants protégés

Le développement de la prévention

La loi procède à une *nouvelle définition de la « protection de l'enfance* **»**, qui désigne les interventions de prévention, d'accompagnement et de prise en charge des familles en difficultés éducatives, des jeunes majeurs en difficultés graves et des mineurs privés de la protection de leur famille.

Elle introduit également dans le CASF une référence nouvelle aux droits et à l'intérêt de l'enfant.

Les principales dispositions relatives au développement de la prévention.

- Un accent est placé sur la prévention périnatale
    - organisation d'un bilan PMI systématique pour les enfants de 3 à 4 ans
    - mise en œuvre de l'entretien systématique prénatal (au cours du 4ème mois de grossesse)
    - développement du suivi PMI postnatal
- Un renforcement des dispositions de la loi du 6 mars 2000 qui précisait que « les visites médicales ont notamment pour objet de prévenir et détecter les cas d'enfants maltraités ». Tous les enfants doivent aujourd'hui être soumis à une visite obligatoire (bilan de santé physique et psychologique) au cours de leurs 6ème, 9ème, 12ème et 15ème années.

- De nouvelles prestations à l'attention des parents et des jeunes rencontrant des difficultés éducatives sont instituées
    - la prestation d'« accompagnement en économie sociale et familiale »
    - la mesure d'accueil de jour
- L'évaluation des situations doit être réalisée
    - avant toute prestation
    - de manière pluridisciplinaire et sur une base annuelle ; elle est communiquée aux parents dont l'enfant bénéficie d'une mesure éducative ou d'un accueil

Le repérage et le traitement du danger

Les nouvelles catégories d'analyse.

La loi supprime le terme « maltraitance » au profit du terme « danger » ; une distinction est opérée entre « l'information préoccupante », avisant le Département du danger, et le « signalement » à l'autorité judiciaire.

La loi consacre le principe de subsidiarité de l'intervention judiciaire : le Président du Conseil Général n'a le devoir de saisir l'autorité judiciaire de la situation d'un enfant en danger que s'il est établi que le service départemental n'a pu remédier au danger par les prestations légales administratives (interventions de prévention).

Le recueil et le traitement des informations

Le Département est chargé de recueillir, traiter et évaluer toute information préoccupante concernant un mineur en danger ou risquant de l'être.

Toute information préoccupante doit être transmise au Président du Conseil Général (y compris par la justice lorsque celle-ci est saisie directement). Une cellule centralise le recueil et le traitement des informations préoccupantes dans le cadre d'un protocole partenarial.

Le partage des informations

Au niveau institutionnel, l'observatoire départemental de la protection de l'enfance analyse les données recueillies et les suites données. Il suit également la mise en œuvre du schéma départemental.

Autour des situations, les acteurs de la protection de l'enfance soumis au secret professionnel sont autorisés à partager les informations couvertes par le secret pour les besoins de la mise en œuvre de la protection.

L'accueil et la prise en charge

Le texte s'inscrit dans une logique d'assouplissement des mesures et de développement de la cohérence des parcours.

La cohérence des parcours.

Un « projet pour l'enfant » élaboré avec les parents, l'ASE et les services d'intervention ou d'accueil, est institué.

Le texte met l'accent sur la nécessité de *veiller à la continuité et la cohérence de la prise en charge* :

- Le Président du Conseil Général est chargé de coordonner les services départementaux et les institutions agissant sur mandat judiciaire, en lien le cas échéant avec la PJJ
- Le Président du Conseil Général doit veiller au suivi et à la continuité des interventions au titre de la protection de l'enfance
- Le service ASE doit veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents, soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur

L'assouplissement des mesures

- La loi définit des formules d'accueil à temps partiel (séquentiel) et d'accueil spécialisé
- Le juge des enfants peut prendre une décision d'accueil sur une durée supérieure à 2 ans en cas de difficultés graves et chroniques des parents
- En cas d'urgence ou de danger immédiat, un recueil 72 heures peut être réalisé par l'ASE
- Le juge des enfants a la possibilité de diversifier les modalités des accueils ordonnés (accueil de jour et formules séquentielles)

Les principaux enjeux de la loi à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du schéma :

- La diversification des réponses
- Le suivi, la continuité et la cohérence des prises en charge
- La coordination entre les partenaires institutionnels et le Département, chef de file de la protection de l'enfance.

3. La loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a initié un mouvement de réforme majeure de la politique du handicap en France. La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renouvelle l'approche et la définition du handicap. En 1975, est handicapée, toute personne reconnue comme telle par les administrations compétentes. En 2005, le handicap est défini comme la relation entre une incapacité ou une déficience et un environnement donné : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Cinq points principaux constituent le cœur de la loi :

1. L'accueil des personnes handicapées

Le changement de l'approche cognitive du handicap s'accompagne d'un changement institutionnel de l'administration. Ainsi sont créées les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qui sont conçues comme des guichets uniques d'information, d'orientation des personnes et d'allocation des prestations. Elles sont officiellement mises en place depuis le 1er janvier 2006.

2. La mise en accessibilité

Le principe d'accessibilité pour tous est également réaffirmé, avec une redéfinition des critères d'accessibilité et des délais de mise en conformité : les transports collectifs et les établissements existants recevant du public ont ainsi dix ans pour se mettre en conformité avec la loi. L'ensemble des communes et des services de communication publique doivent bénéficier d'une mise en accessibilité.

3. La scolarité

Par ailleurs, la principale innovation de la loi est d'affirmer que tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école de son quartier. Il pourra ensuite être accueilli dans un autre établissement, en fonction du projet personnalisé de scolarisation. Cette disposition va être de nature à impacter les demandes et attentes des parents et va entraîner des bouleversements importants.

4. L'emploi

La loi impose une sanction plus sévère pour les entreprises qui ne respectent pas l'obligation d'emploi (6%) en augmentant le montant de la contribution à l'Agefiph. Dans la fonction publique, elle crée le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées qui a une mission similaire à l'Agefiph. Le travail en milieu protégé est également réformé : les ateliers protégés sont renommés Entreprises adaptées et sortent du milieu protégé ; les CAT sont renommés Établissement ou service d'aide par le travail.

5. Le droit à la compensation

Un des principes fondamentaux de la loi est relatif au droit à compensation : ainsi, la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Un plan à la compensation va ainsi être élaboré et concrétisé par la Prestation de compensation du handicap, et qui permet tant de couvrir les besoins en aides humaines ou techniques, l'aménagement du logement, du véhicule, les aides spécifiques ou exceptionnelles, ou encore les aides animalières.

4. La loi du 1er décembre 2008 généralisant le Revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion

Les nouvelles dispositions prévues par la loi du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion, entrées en vigueur depuis le 1er

juin 2009, ont **sensiblement modifié la gouvernance, l'organisation du dispositif ainsi que les modalités d'intervention des différents acteurs de l'insertion**.

Les grandes lignes de la loi peuvent être présentées autour des sept points suivants :

1. **Lutter contre la pauvreté et les exclusions**

Le RSA - Revenu de Solidarité Active, alors que le RMI était un Revenu Minimum d'Insertion - s'adresse à un public élargi aux bénéficiaires du ex-RMI et de l'ex-API (Allocation parent isolé) ainsi qu'aux foyers dont les membres ne tirent que des ressources limitées de leur travail.

2. **Favoriser l'accès à l'insertion professionnelle durable, à travers un principe de droits et devoirs réciproques**

Le RSA renforce la logique de contrepartie entre les devoirs et les droits liés à la perception de l'allocation.

La loi pose le principe du **droit à un accompagnement social et professionnel adapté à ses besoins et organisé par un référent unique** (article L. 262-27 du Code de l'Action Sociale et des Familles) pour les bénéficiaires sans emploi ou percevant des revenus inférieurs à la limite fixée par décret (500 euros), et dont les ressources du foyer sont inférieures au revenu minimum garanti.

Ce droit se voit toutefois conditionné par l'obligation de rechercher un emploi, d'entreprendre les démarches nécessaires à sa propre activité ou d'entreprendre les actions nécessaires à une meilleure insertion sociale et professionnelle (L. 262-28 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

3. **Consacrer le rôle et la pleine responsabilité du Département dans le pilotage de la politique d'insertion.**

Le Conseil Général est désormais investi par la loi d'une mission **d'orientation** des bénéficiaires du RSA qu'il met en œuvre avec ses partenaires institutionnels – une orientation vers **deux types de parcours** : l'insertion sociale et l'insertion professionnelle.

A ce titre, il a signé une convention d'orientation avec la CAF, la MSA, Pôle emploi et l'UNCASS (délibération du 26 juin 2009).

4. **Construire un dispositif et une politique d'insertion répondant aux besoins des personnes au regard des spécificités locales.**

Le Pacte territorial pour l'insertion, cadre de **coordination** de la politique d'insertion conclu entre le Conseil Général et ses partenaires, met en œuvre le Programme départemental d'insertion. Ce document de référence partenarial pourra se décliner sur les territoires pour permettre un **ancrage territorial** fort de la politique d'insertion.

La loi prévoit en outre de renforcer la **participation des bénéficiaires** dans la définition des politiques d'insertion afin que celles-ci correspondent au plus près des besoins des publics.

5. **Repenser l'articulation entre insertion professionnelle et insertion sociale.**

Une plus grande fluidité des parcours d'insertion est recherchée. L'orientation réalisée **à l'entrée dans le dispositif**, doit être réactualisée **régulièrement** par les équipes pluridisciplinaires pour tenir compte des changements de situation.

6. **Favoriser l'insertion professionnelle des bénéficiaires de contrats aidés grâce au contrat unique d'insertion (CUI)**

Les différents régimes de contrats aidés existants se voient refondus dans un cadre unique (le CUI). Les modalités de contractualisation et de suivi du contrat sont de nature à renforcer l'accompagnement des bénéficiaires et leur insertion à l'issue du contrat.

7. **Améliorer le pilotage et la modernisation de la politique de l'Insertion par l'activité économique (IAE)**

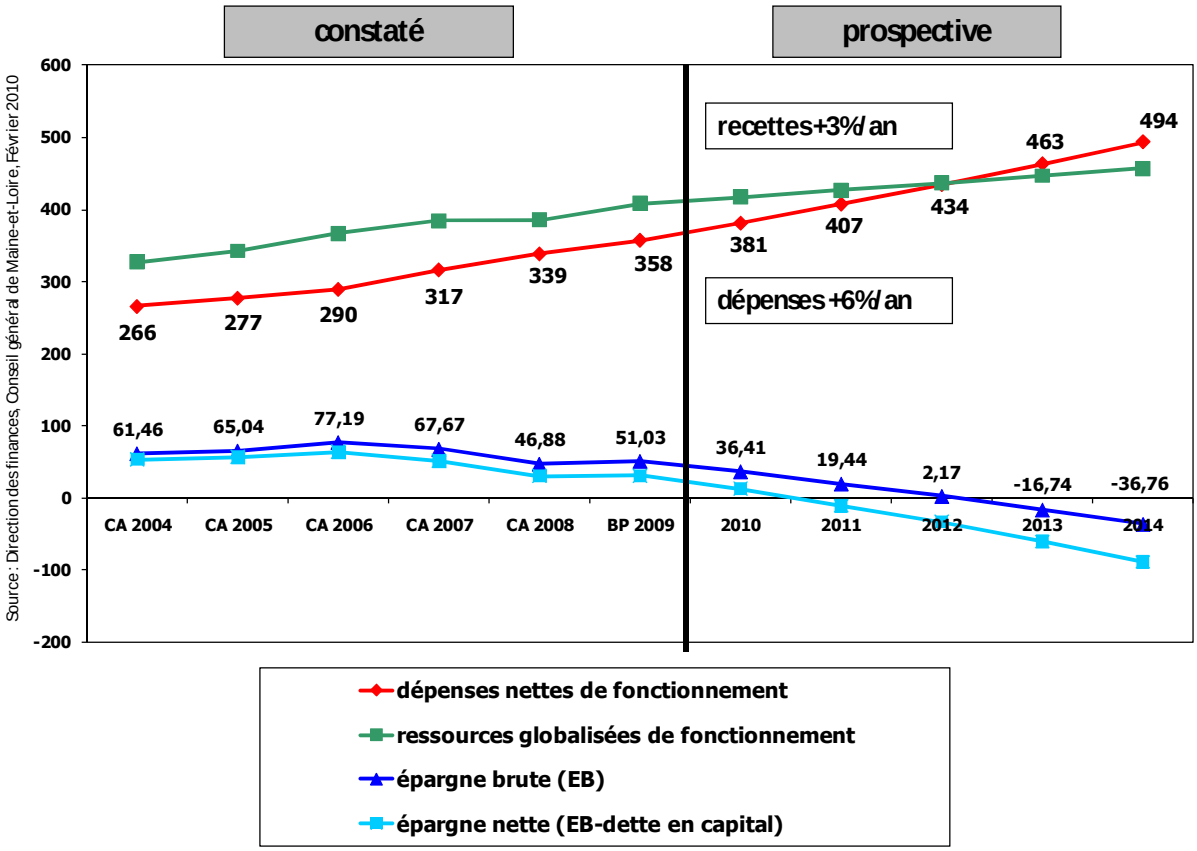
Les structures d'insertion par l'activité économique connaissent des évolutions importantes. Les modalités de conventionnement et de financement avec les opérateurs ont été modifiées afin notamment de mieux prendre en compte le rôle joué par ces structures en terme de développement économique et social. Il s'agit en effet d'acteurs essentiels des politiques publiques d'insertion, de l'emploi et du développement local.

B) Des territoires à interroger

Si les questions organisationnelles propres au Conseil général ne relèvent pas du champ du schéma unique, le travail réalisé – notamment l'accent donné à l'adéquation des besoins et de leurs réponses d'une part et à la transversalité d'autre part – permet de réinterroger le découpage des territoires d'action sociale aujourd'hui retenus. La mise en place des ARS concomitamment à l'élaboration de la phase d'évaluation représente de ce fait une opportunité pour garantir la cohérence des découpages des deux principales institutions de financement.

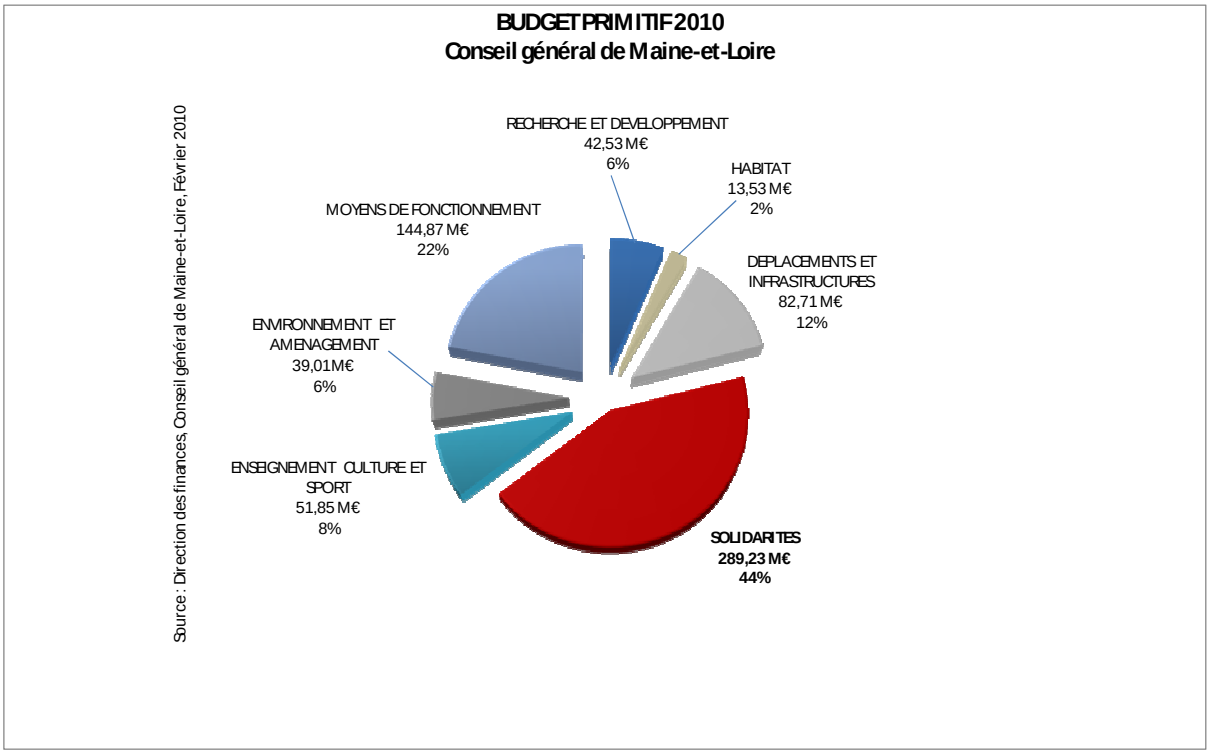
C) Un contexte budgétaire contraint

Les dépenses nettes de fonctionnement du département sont en constante augmentation depuis 2004. Ainsi, dès 2013, les prospectives réalisées indiquent que les dépenses de fonctionnement seront supérieures aux ressources globalisées de fonctionnement. De ce fait, l'épargne du département risque de devenir négative. Les dépenses nettes de fonctionnement s'élèvent en février 2010 à **396 Millions d'Euros.** Les dépenses de fonctionnement ont augmenté de 3,48% entre 2009 et 2010 ; on constate un ralentissement de cette augmentation, qui s'élevait à +4,4% entre 2008 et 2009. Par ailleurs, la marge de manœuvre du département à ce sujet apparaît limitée : en effet, les dépenses de fonctionnement par habitant sont plus faibles que la moyenne nationale, et ce de manière significative : 895 euros par habitant pour la France métropolitaine, contre **669 euros par habitant** dans le département du Maine-et-Loire *(Source : Direction des finances du Conseil général, 2010*).



Le budget consacré aux politiques sociales s'élève à **289.230.000 Euros**, soit **44%** de l'ensemble du Budget primitif 2010. Le transfert d'un certain nombre de compétences et de prestations a abouti à l'augmentation de 25% des dépenses sociales du Conseil général de 2004 à 2008. Ces évolutions sont en majeure partie dues au transfert de l'APA et du RMI qui n'ont pas été compensés de manière suffisante.

En ce qui concerne les dépenses de fonctionnement, sur les 396 Millions d'Euros de dépenses, 198 Millions concernent le champ du social.



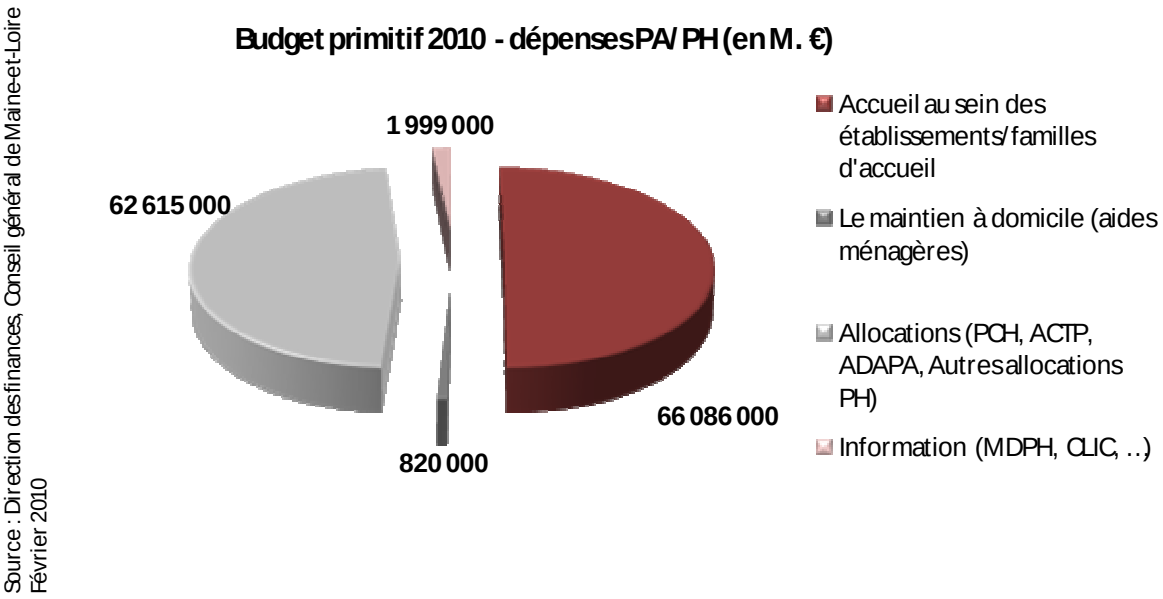
Le budget du département est scindé en sept grandes priorités : deux concernent plus spécifiquement les politiques sociales.

La priorité n°4 tout d'abord, « Pour des solidarités toujours plus actives : développer un accompagnement à tous les âges de la vie », définit le budget pour les politiques mises en œuvre au sein de la DGA-DSS.

Un premier axe, consacré aux personnes âgées et aux personnes handicapées, s'élève à **131,5 Millions d'euros**, soit 45% de l'ensemble des dépenses (+2% par rapport au budget primitif de 2008), contre 32,4 Millions d'euros de recettes. De ce fait, le reste à charge du département est relatif à 99,15 Millions d'euros.

La moitié de ce budget est consacrée au financement de l'accompagnement des personnes en structures d'accueil –établissements et familles d'accueil –, soit 66, 1 Millions d'euros, dont 91% restent à la charge du département (**60,4 Millions d'euros**). On constate une évolution de + 1,08% entre 2008 et 2010. Le premier poste budgétaire concerne les frais d'hébergement des personnes handicapées (45 Millions d'Euros, contre 18,5 Millions pour les personnes âgées).

Concernant les allocations accordées, l'ADAPA absorbe la grande majorité du budget consacré : 49,5 Millions d'euros en 2010 (29,2 Millions à charge). La Prestation de compensation du handicap (PCH) apparait comme la deuxième allocation avec 8,5 Millions d'euros, soit +86% d'évolution entre 2008 et 2010.


Budget primitif 2010 - dépenses PA/ PH (en M. €)
1 999 000
62 615 000
66 086 000
820 000
Accueil au sein des établissements/ familles d'accueil
Le maintien à domicile (aides ménagères)
Allocations (PCH, ACTP, ADAPA, Autres allocations PH)
Information (MDPH, CLIC, ..)
Source : Direction des finances, Conseil général de Maine-et-Loire
Février 2010

Le contexte budgétaire et financier : une augmentation générale du budget de la prévention et de la protection de l'enfance, allant de pair avec des évolutions différenciées selon les dispositifs

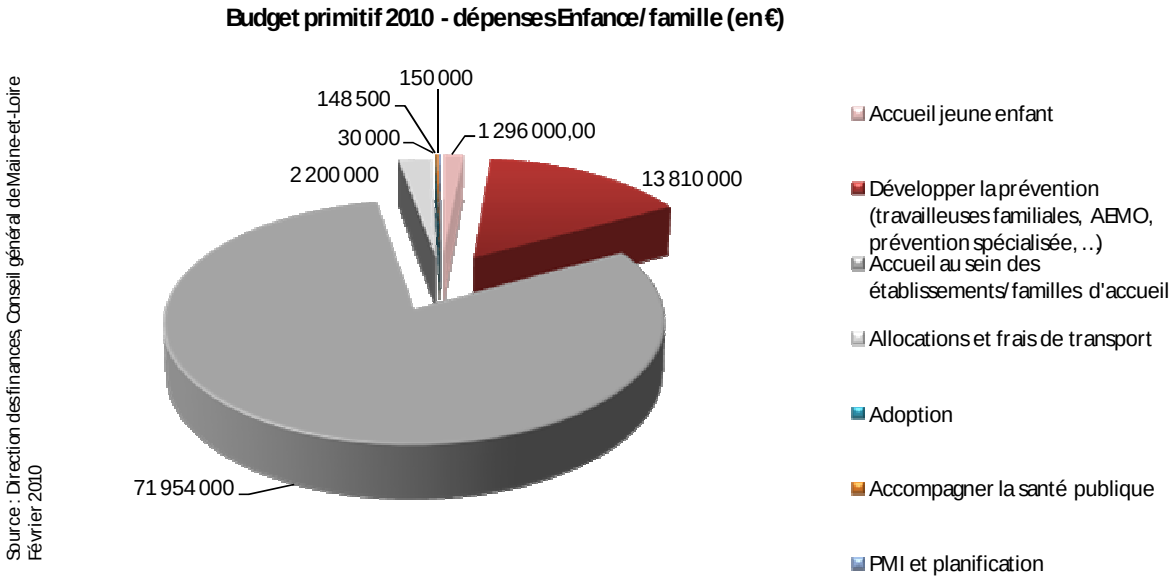
Le total des ressources consacrées à la protection de l'enfance et à la prévention s'élève en 2010 à 89,6 Millions d'euros, soit **31%** de l'ensemble des dépenses sociales. Ceci correspond à une évolution de +5% par rapport au budget primitif de 2008.

Concernant la protection de l'enfance, le total des ressources consacrées s'élève en 2009 à 61,8 Millions d'euros. Ceci correspond à une augmentation de 9,54% entre 2007 et 2009.

Les évolutions sont différenciées selon les segments d'intervention. On peut en effet distinguer trois catégories d'interventions :

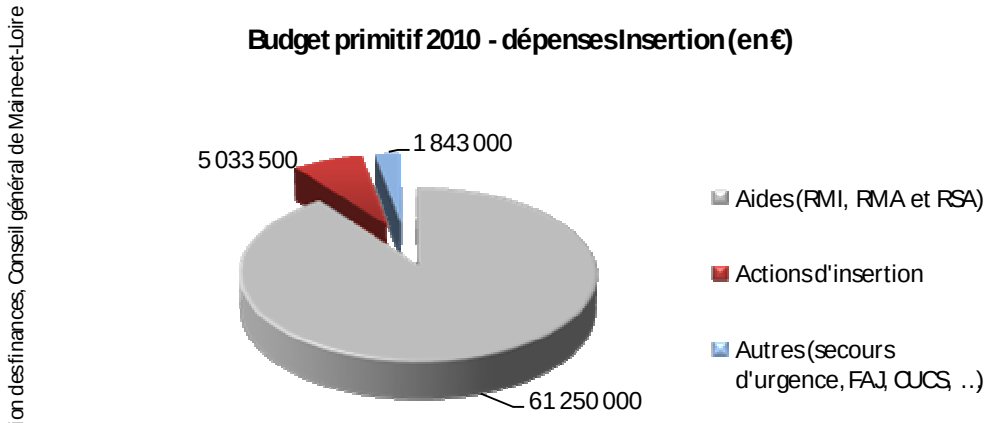
- Les dispositifs dont l'augmentation est supérieure ou proche de la moyenne générale d'augmentation : les secours d'urgence (+62%, taux le plus élevé) ; l'accueil en établissement (+8%)
- Les dispositifs dont le budget est relativement stable : les AEMO (+2%) ; la prévention spécialisée (+2%)
- On relève enfin la baisse des crédits alloués aux TISF (-4% entre 2007 et 2009)

L'accueil en établissement compte au total pour près de 80% du budget de la prévention et de la protection de l'enfance.



Source : Direction des finances, Conseil général de Maine-et-Loire
Février 2010

Concernant l'insertion, le total des dépenses s'élève à 68,1 Millions d'euros, soit 23% de l'ensemble des dépenses. Une évolution de +10% peut être constatée par rapport au budget primitif 2008. Cette évolution s'explique essentiellement par la mise en place du RSA en juillet 2009 : +14% en ce qui concerne les dépenses d'allocations.


Budget primitif 2010 - dépenses Insertion (en €)
1 843 000
5 033 500
61 250 000
Aides (RMI, RMA et RSA)
Actions d'insertion
Autres (secours d'urgence, FAJ, CUCS, ..)

Source : Direction des finances, Conseil général de Maine-et-Loire
Février 2010

Une différence importante s'opère en ce qui concerne le reste à charge du département. Ainsi, la politique financée au titre de l'enfance-famille est celle pour laquelle le département perçoit le moins de recettes : 98% de l'ensemble du budget reste à sa charge (1,1 Millions d'euros de recettes), contre 75% pour les personnes âgées/personnes handicapées et 23% pour la politique de l'insertion.

Enfin, la priorité 2 « Pour aider chacun à bien se loger : proposer une politique de l'habitat volontaire et ambitieuse, pour tous » compte à son budget primitif 2010 **13,5 Millions euros**, soit 22% d'augmentation par rapport au budget primitif de 2009. 5.8 Millions d'euros restent à la charge du Conseil général.

Aujourd'hui, la maîtrise des dépenses sociales devient une priorité pour l'ensemble des départements. La démarche de réalisation d'un schéma unique doit donc nécessairement s'inscrire dans ce contexte de contrainte financière. Le Conseil général de Maine-et-Loire a souhaité créer une nouvelle direction, opérationnelle depuis février 2010, la **Direction des Finances et de l'évaluation de l'action publique** (DIFEP), réunissant l'ensemble des services gérant les dépenses publiques, afin d'avoir une vision globale du cheminement de la dépense, et ayant pour vocation de développer l'aspect évaluation.

Contexte sociodémographique

Un premier cadrage peut s'avérer une porte d'entrée intéressante du schéma unique, posant, en quelques sortes, le contexte général du département. Certains éléments présentés dans cette courte partie seront par la suite rediscutés à la lumière des dispositifs sociaux et médico-sociaux qu'il s'agit d'évaluer.

1. Analyse comparative

L'analyse comparative permet de mettre en perspective le département du Maine-et-Loire par rapport à d'autres départements et à la moyenne nationale. Elle consiste à recueillir des indicateurs homogènes et pertinents et à positionner une organisation par rapport à une autre.

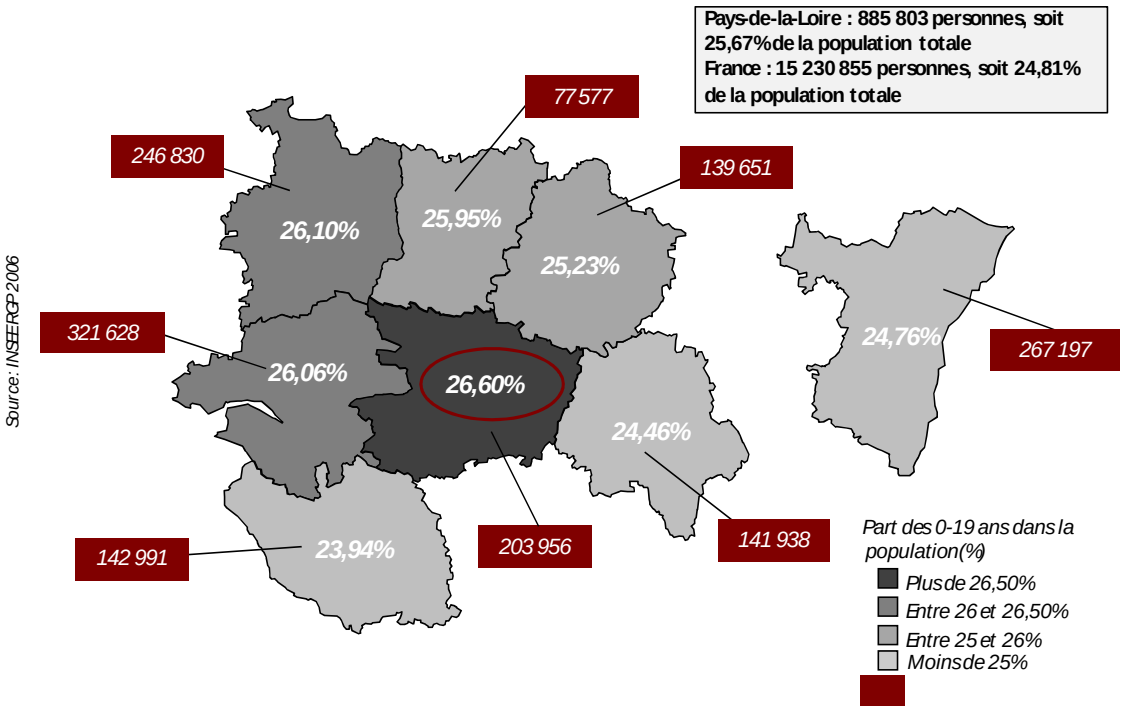
En l'occurrence, trois axes ont été ici adoptés :

- Premier axe : le positionnement du département du Maine-et-Loire au sein de la région Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Mayenne, Sarthe et Vendée) ;
- Deuxième axe : le positionnement du Maine-et-Loire par rapport à des départements limitrophes (Indre-et-Loire, Ille-et-Vilaine) ;
- Troisième axe : le positionnement du département du Maine-et-Loire par rapport au département de référence (Bas-Rhin).

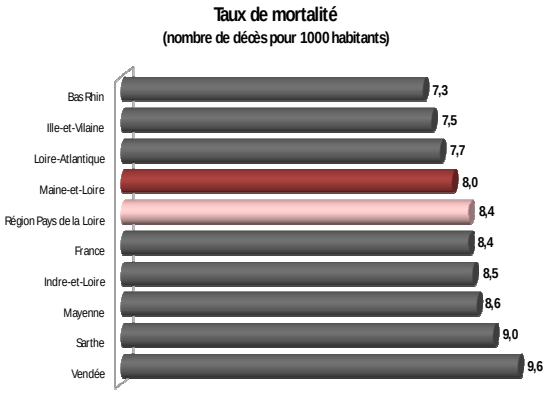
Cette méthode présente des limites endogènes. En substance, elle est statique et ne rend pas compte des dynamiques de programmation lancées dans certains départements. Par ailleurs, elle écarte très sensiblement toute possibilité d'accompagner le diagnostic quantitatif d'un regard plus qualitatif. Enfin, les chiffres sont titrés, pour la plupart de Statiss, base de données très riche mais qui n'est pas toujours en phase avec les données départementales. Il s'agit donc avant tout de tirer des enseignements à la lumière de comparaisons limitées aux capacités.

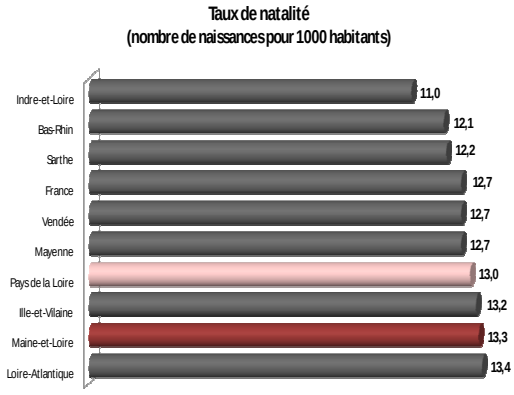
a- Quelques éléments démographiques

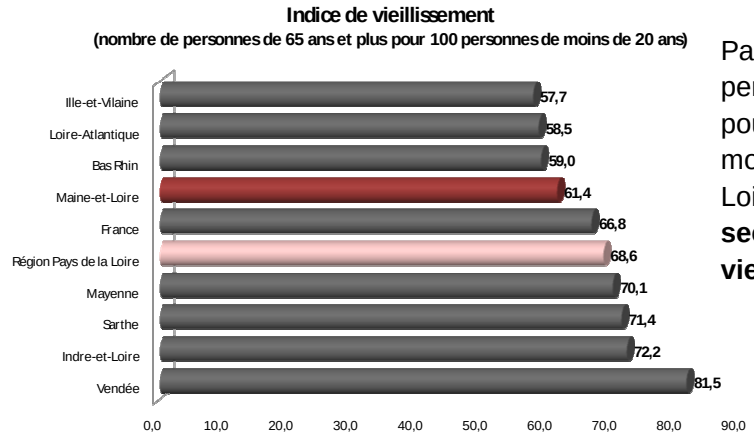
Le département du Maine-et-Loire compte l**a part de jeunes de 0 à 19 ans la plus élevée** de l'ensemble des départements analysés, avec **26,6% de la population totale**. Cependant, si le département bénéficie d'une population jeune, il apparaît moins dynamique que les évolutions constatées au niveau régional, avec 8% d'évolution des 0 – 19 ans entre 1999 et 2006, contre 5% d'évolution pour le Maine-et-Loire.



Le taux de mortalité du Maine-et-Loire est de 8 décès pour 1000 habitants. Après la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire possède donc le second taux le plus bas de la région Pays de la Loire, et se place légèrement en deçà des moyennes régionale et nationale. Le Maine-et-Loire possède aussi, avec 13,3 naissances pour 1000 habitants, le second taux de natalité de la région. Au vu de ces deux indicateurs, le Maine-et-Loire est, après la Loire-Atlantique**, le département le plus dynamique de l'échantillon considéré.**



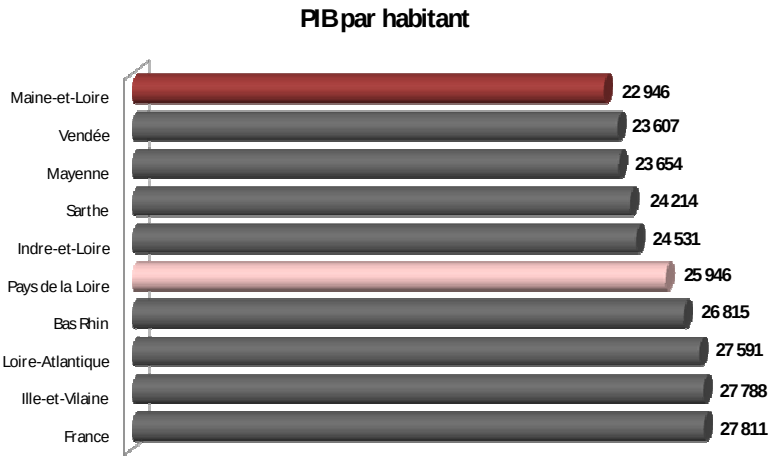



Indice de vieillissement
(nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)
Ille-et-Vilaine 57,7
Loire-Atlantique 58,5
Bas Rhin 59,0
Maine-et-Loire 61,4
France 66,8
Région Pays de la Loire 68,6
Mayenne 70,1
Sarthe 71,4
Indre-et-Loire 72,2
Vendée 81,5
0,0 10,0 20,0 30,0 40,0 50,0 60,0 70,0 80,0 90,0

Par ailleurs, avec 61,4 personnes âgées de 65 ou plus pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans, le Maine-et-Loire se classe comme le **second département le moins vieillissant** de la région.

b- Quelques éléments économiques

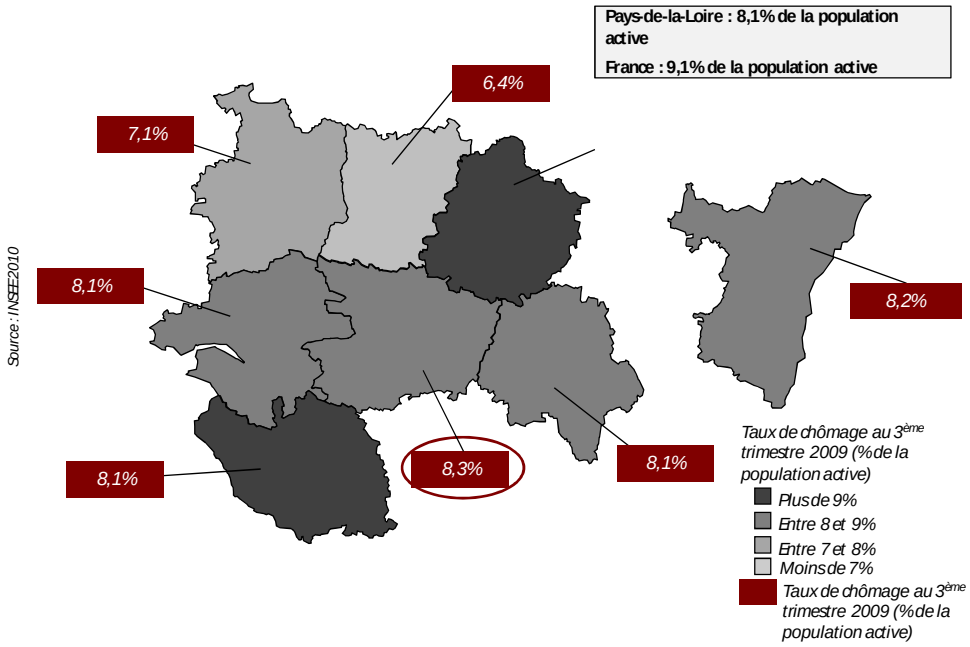
Les données socio-économiques étudiées situent le Maine-et-Loire en-dessous des moyennes régionales et nationales.



Le PIB par habitant du Maine-et-Loire est **le plus bas de l'échantillon analysé**, avec **22 946 euros annuels**. Il se situe en dessous des moyennes nationale et régionales (respectivement de 25 946 et 27 811 euros). Ce constat appelle un premier point de vigilance sur les disparités socio-économiques au sein du (des) territoire(s).

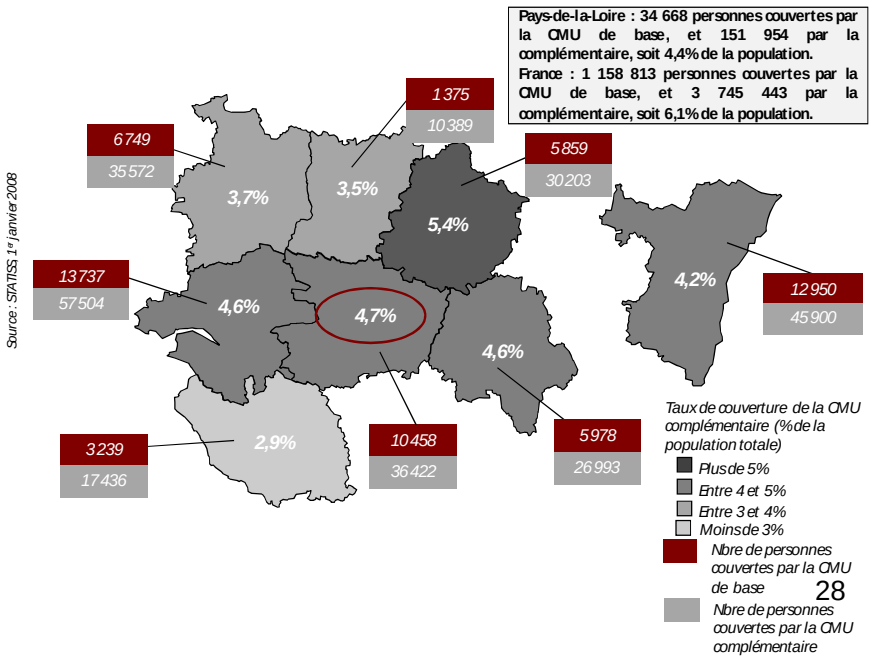
Au 3ème trimestre 2009, le taux de chômage du Maine-et-Loire s'établit à **8,30% de la population active**. Il s'agit du second taux le plus élevé de l'échantillon analysé, le taux de chômage sarthois atteignant les 9,20%. Le Maine-et-Loire se place entre la moyenne régionale (8,10%) et la moyenne nationale (9,10%).

Dans la région Pays de la Loire, la Mayenne se démarque en affichant le seul taux de l'échantillon inférieur à 7%, avec 6,40%.



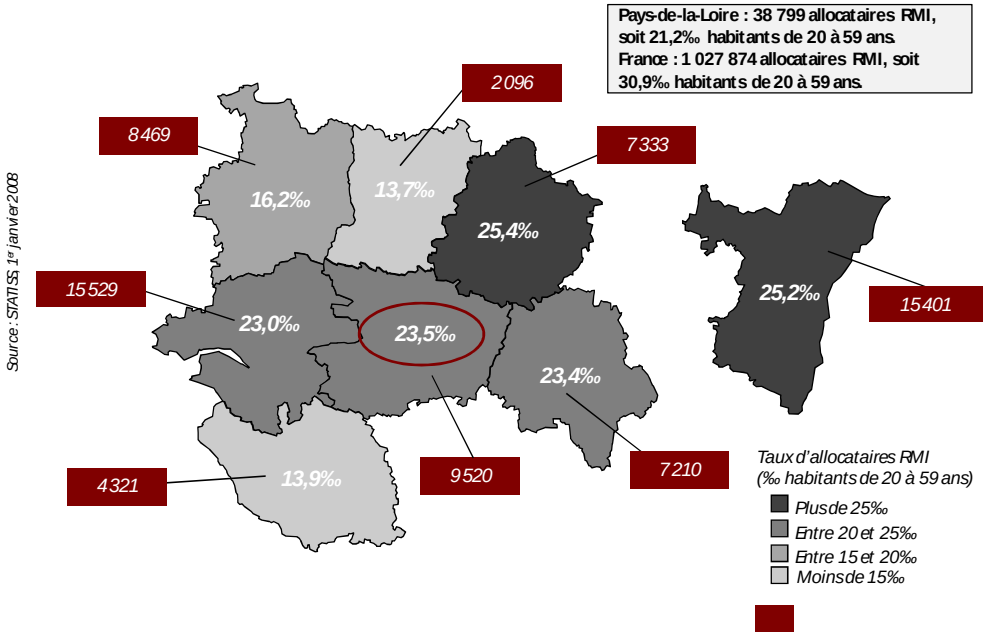
c- Quelques éléments de prestations sociales

10 458 personnes sont couvertes par la CMU de base, et 36 422 par la CMU complémentaire, soit 4,7% de la population.
Proportionnellement à sa population, **le Maine-et-Loire compte donc plus de personnes bénéficiant de la CMU complémentaire** que la moyenne des


Pays-de-la-Loire : 34 668 personnes couvertes par la CMU de base, et 151 954 par la complémentaire, soit 4,4% de la population.
France : 1 158 813 personnes couvertes par la CMU de base, et 3 745 443 par la complémentaire, soit 6,1% de la population.
1 375
10 389
6 749
35 572
5 859
30 203
3,7%
3,5%
5,4%
4,2%
12 950
45 900
13 737
57 504
4,6%
4,7%
4,6%
3 239
17 436
2,9%
10 458
36 422
5 978
26 993
Source : SITIISS, 1er janvier 2008
Taux de couverture de la CMU complémentaire (% de la population totale)
Plus de 5%
Entre 4 et 5%
Entre 3 et 4%
Moins de 3%
Nbre de personnes couvertes par la CMU de base
Nbre de personnes couvertes par la CMU complémentaire

départements de sa région. Il n'atteint cependant pas la moyenne française, s'établissant à 6,1% de la population métropolitaine. En nombres absolus et au sein de l'échantillon analysé, le Maine-et-Loire se positionne au 3ème rang des départements comptant le plus de personnes bénéficiaires de la CMU, à la fois pour la couverture de base et pour la couverture complémentaire.

Par ailleurs, **9.520 personnes sont bénéficiaires du revenu minimum d'insertion**, soit 23,5 personnes pour 1000 habitants de 20 à 59 ans. **Le ratio du Maine-et-Loire est supérieur à la moyenne régionale** (21,2‰ habitants de 20 à 59 ans), mais reste largement inférieur à la moyenne nationale (30,9‰ habitants de 20 à 59 ans). Dans l'échantillon analysé, seuls les départements de Sarthe et de Bas-Rhin affichent des taux supérieurs à celui du Maine-et-Loire, avec respectivement 25,4 et 25,2‰ habitants de 20 à 59 ans.

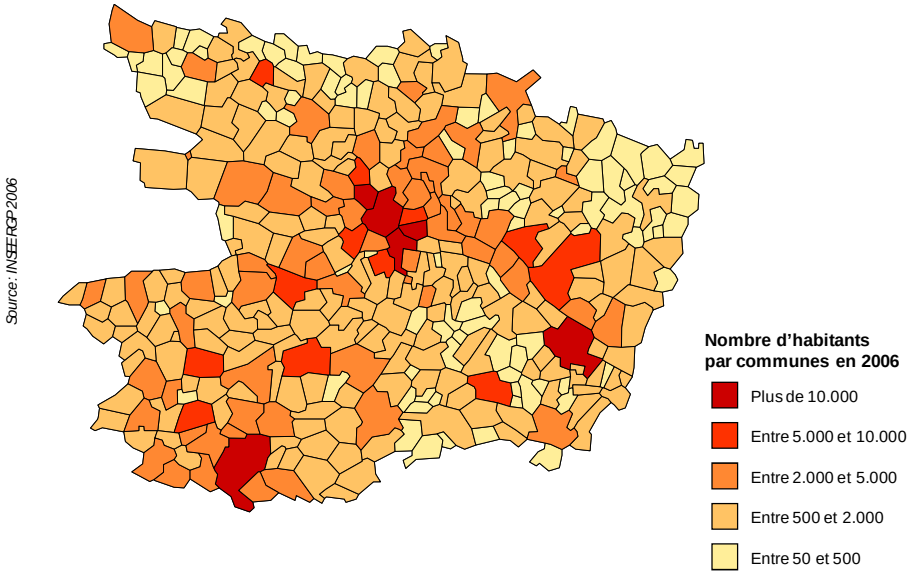


2. Analyse infra-départementale

a. Le profil démographique des communes du Maine-et-Loire

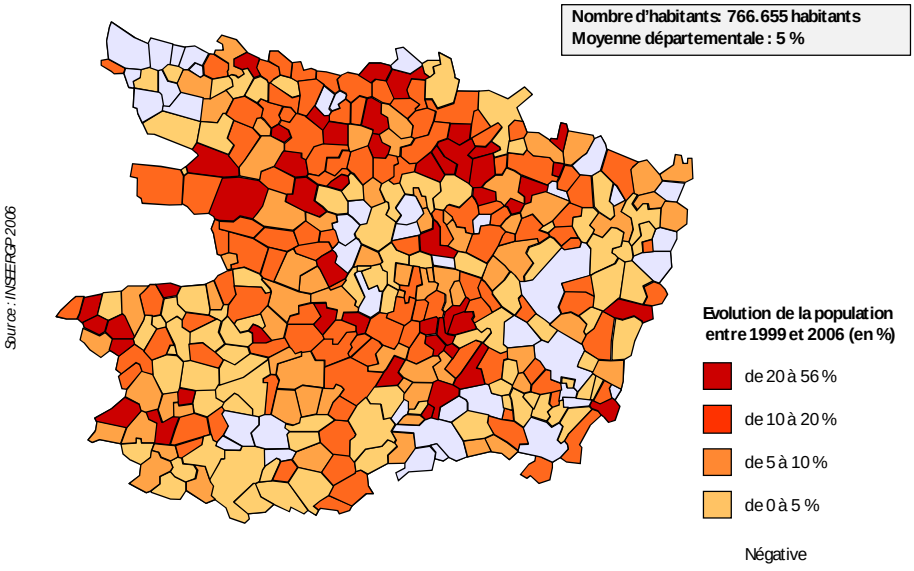
Le **département du Maine-et-Loire compte 766.655 habitants** au 1er janvier 2006**.**

Angers, avec 152.337 habitants, concentre 20% de la population totale du département, suivi de Cholet, avec 54.632 habitants et Saumur, qui compte 28.654 habitants.


Source : INSEE RGP 2006
Nombre d'habitants par communes en 2006
Plus de 10.000
Entre 5.000 et 10.000
Entre 2.000 et 5.000
Entre 500 et 2.000
Entre 50 et 500

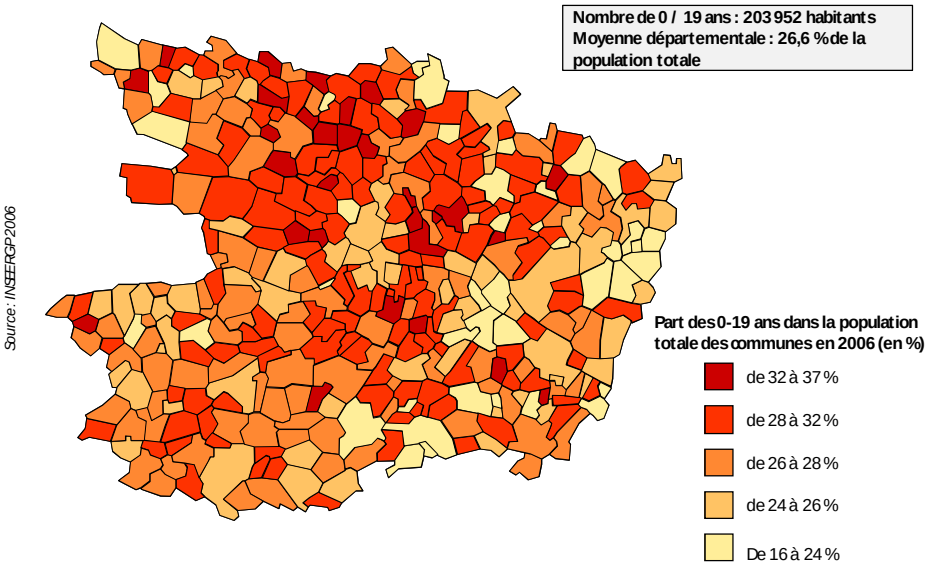
Si l'évolution de la population est faible à Cholet et à Angers, elle est négative à Saumur ainsi que dans les communes à la périphérie de ces trois grandes agglomérations. La population décroît particulièrement à Pouancé et dans les communes avoisinantes, ainsi que dans l'Est du département (Longué-Jumelles, le sud du canton de Vihiers).

La croissance de la population est la plus forte dans les communes autour de Tiercé et Seiches-sur-le-Loir, ainsi que dans les communes du Nord–Est du canton de Thouarcé.


Nombre d'habitants: 766.655 habitants
Moyenne départementale : 5 %
Source : INSEE RGP 2006
Evolution de la population entre 1999 et 2006 (en %)
de 20 à 56 %
de 10 à 20 %
de 5 à 10 %
de 0 à 5 %
Négative

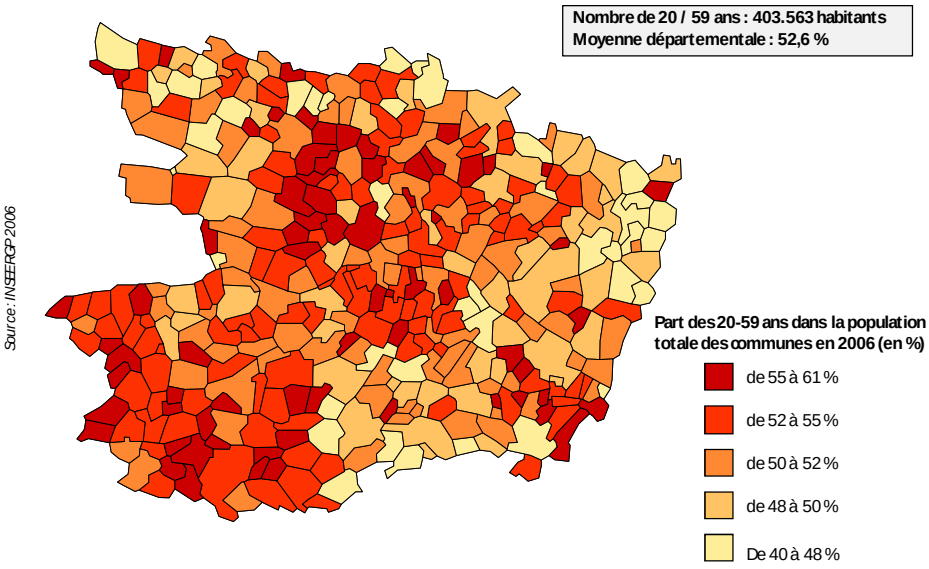
Concernant la part des 0-19 ans dans les communes, on peut observer trois grandes zones dans le département : **elle est importante dans les communes du Nord-Ouest**, elle est

moyenne dans le Sud-Ouest, et faible dans les communes situées à l'Est du Maine-et-Loire. Il ne s'agit là que de tendances générales, (une minorité de communes à l'Est - Saint-Martin d'Arcé, Les Ulmes, Artannes- ayant une population jeune). De même, une partie des communes à l'Ouest présentent une part moins importante de 0-19 ans dans leur population (Pouancé, Challain-la-Potherie, Noellet au nord, le Fuilet et Chaudron-en-Mauges au sud).


Nombre de 0 / 19 ans : 203 952 habitants
Moyenne départementale : 26,6 %de la population totale
Source : INSEE RGP 2006
Part des 0-19 ans dans la population totale des communes en 2006 (en %)
de 32 à 37 %
de 28 à 32 %
de 26 à 28 %
de 24 à 26 %
De 16 à 24 %

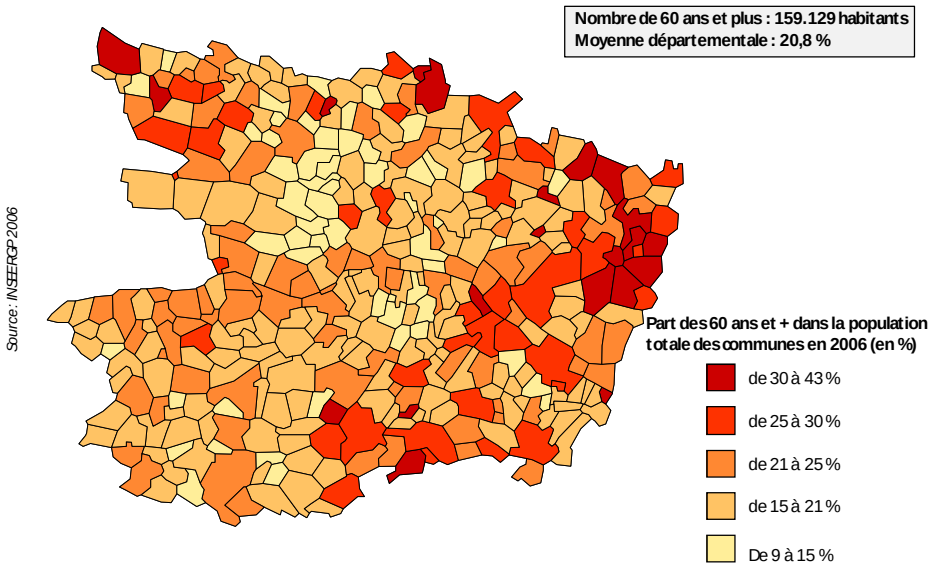
La **part des 20-59 des communes est importante dans le Sud-Ouest du département**, notamment dans les cantons de Cholet 1, 2 et 3, ainsi qu'à Montfaucon-Montigné, Vihiers, Champtoceaux, Montrevault, Beaupréau et dans les circonscriptions d'Angers Couronne et Angers Couronne Sud.

En revanche, on remarque que la part des 20-59 ans est plus faible dans le Sud de la circonscription de Doué-la-Fontaine ainsi que dans le Nord-Est du département.

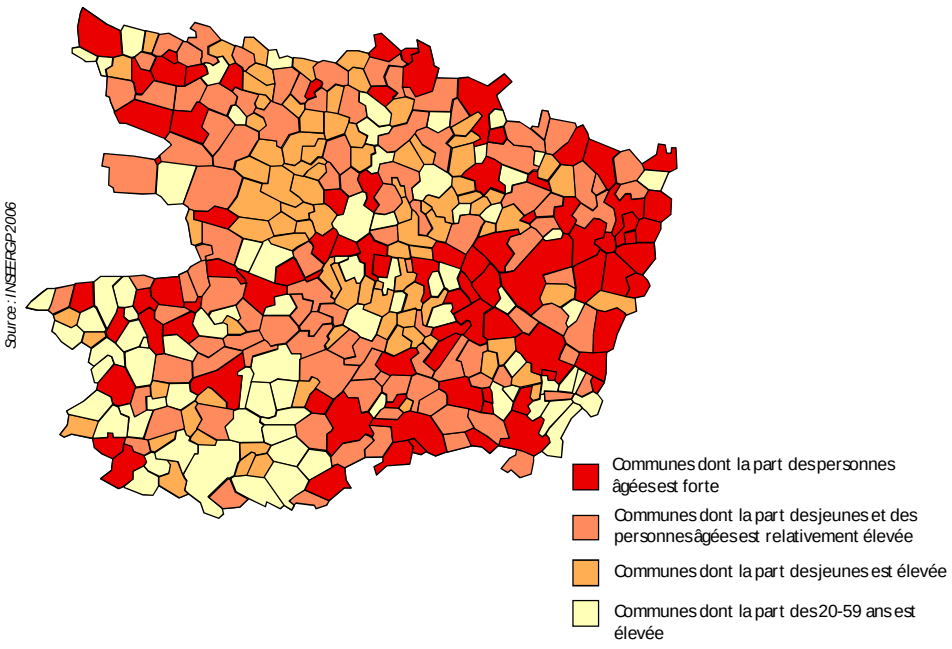

Nombre de 20 / 59 ans : 403.563 habitants
Moyenne départementale : 52,6 %
Source : INSEE RGP 2006
Part des 20-59 ans dans la population totale des communes en 2006 (en %)
de 55 à 61 %
de 52 à 55 %
de 50 à 52 %
de 48 à 50 %
De 40 à 48 %

La **part des 60 ans et plus dans la population totale des communes est particulièrement élevée dans le Nord-Est du département** (dans les cantons de Baugé et de Noyant notamment).

La population du canton de Pouancé, au Nord-Ouest du département, ainsi que celle du canton de Vihiers, au Sud, sont également proportionnellement plus âgées que sur le reste du territoire mainoligérien (à l'inverse des cantons du Lion d'Angers, Châteauneuf-sur-Sarthe ou encore de la Couronne Nord d'Angers).

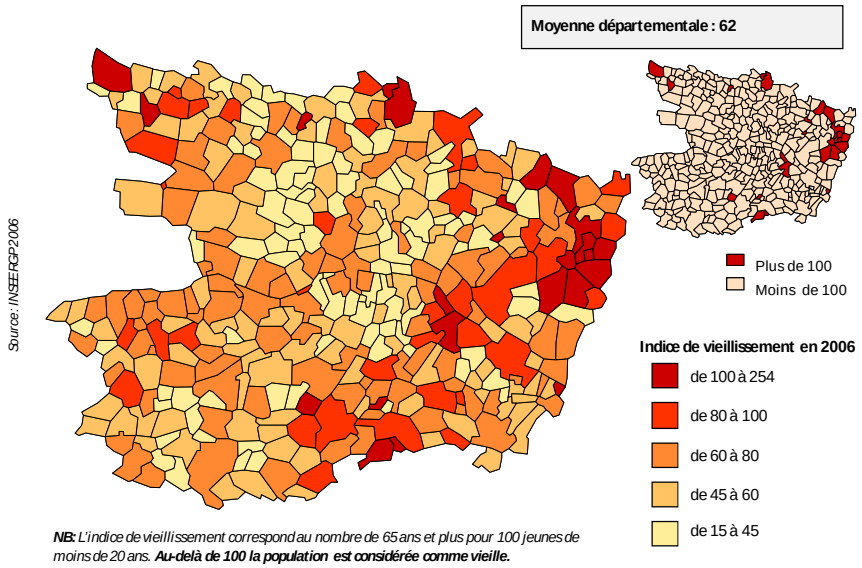

Nombre de 60 ans et plus : 159.129 habitants
Moyenne départementale : 20,8 %
Source : INSEE RGP 2006
Part des 60 ans et + dans la population totale des communes en 2006 (en %)
de 30 à 43 %
de 25 à 30 %
de 21 à 25 %
de 15 à 21 %
De 9 à 15 %

Le profil démographique des communes met en exergue les caractéristiques propres aux différents territoires du département : **l'Est du territoire dispose d'une part importante de personnes âgées**, contre une **population relativement jeune dans les cantons situés autour de la ville d'Angers**. Par ailleurs, c'est dans le Sud-Ouest du département, à Cholet et dans les communes environnantes, que se


Source : INSEE RGP 2006
Communes dont la part des personnes âgées est forte
Communes dont la part des jeunes et des personnes âgées est relativement élevée
Communes dont la part des jeunes est élevée
Communes dont la part des 20-59 ans est élevée

trouvent proportionnellement le plus de personnes âgées de 20 à 59 ans.

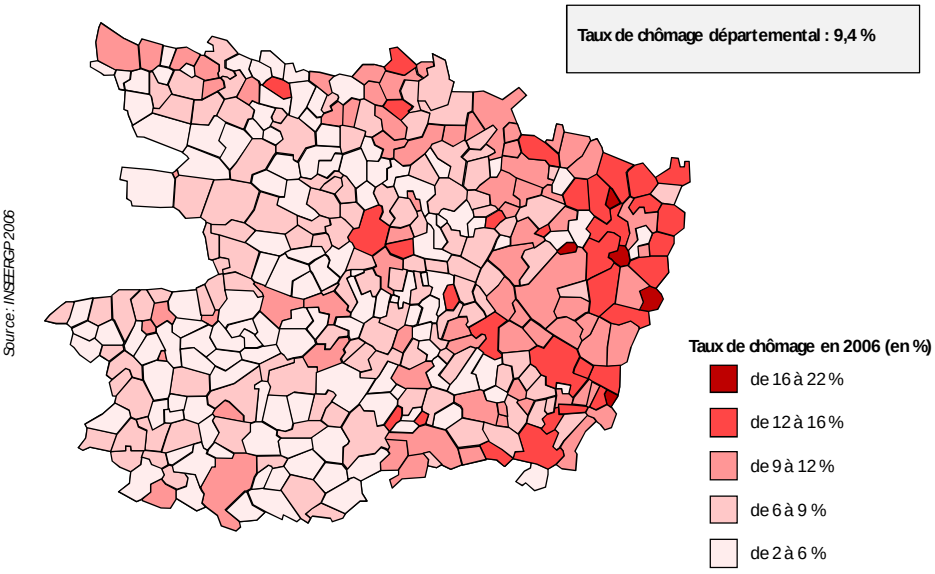
L'indice de vieillissement permet de mettre en rapport le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et le nombre de personnes de moins de 20 ans. Dans le Maine-et-Loire, ce ratio confirme les observations précédentes : la population du Nord-Est du département, ainsi que celle de Pouancé et de plusieurs autres communes rurales réparties de manière hétérogènes sur le territoire, peuvent être considérées comme plus âgées.


Moyenne départementale : 62
Source : INSEE RGP 2006
Plus de 100
Moins de 100
Indice de vieillissement en 2006
de 100 à 254
de 80 à 100
de 60 à 80
de 45 à 60
de 15 à 45

NB: L'indice de vieillissement correspond au nombre de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. ***Au-delà de 100 la population est considérée comme vieille.***

b. Le profil socio-économique des communes du Maine-et-Loire

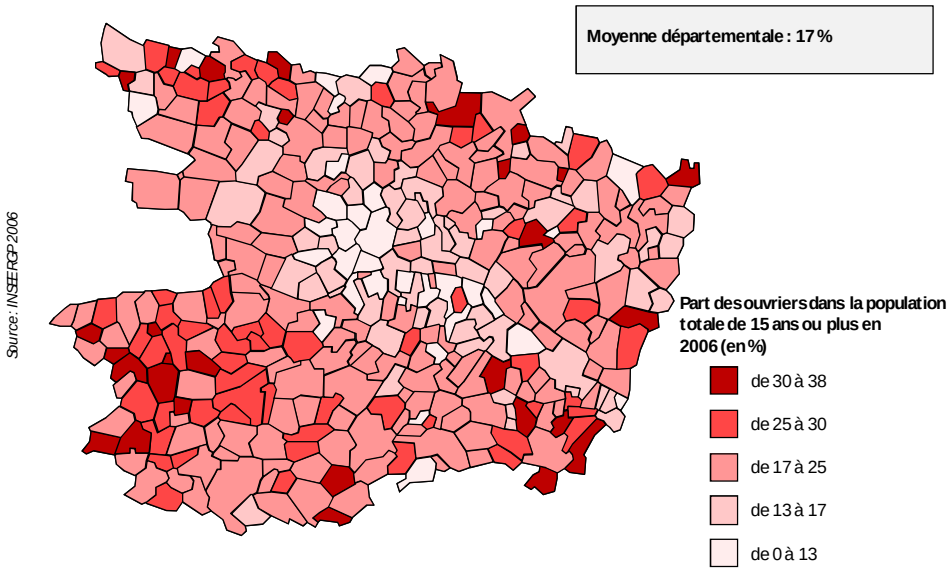
Le **taux de chômage est sensiblement plus important dans l'Est** du département, et notamment dans le Nord-Est où il peut atteindre jusqu'à 22% de la population active d'une commune. A quelques rares exceptions (dont Angers), le taux de chômage est inférieur à 12% sur tout le reste du territoire départemental.



Cette

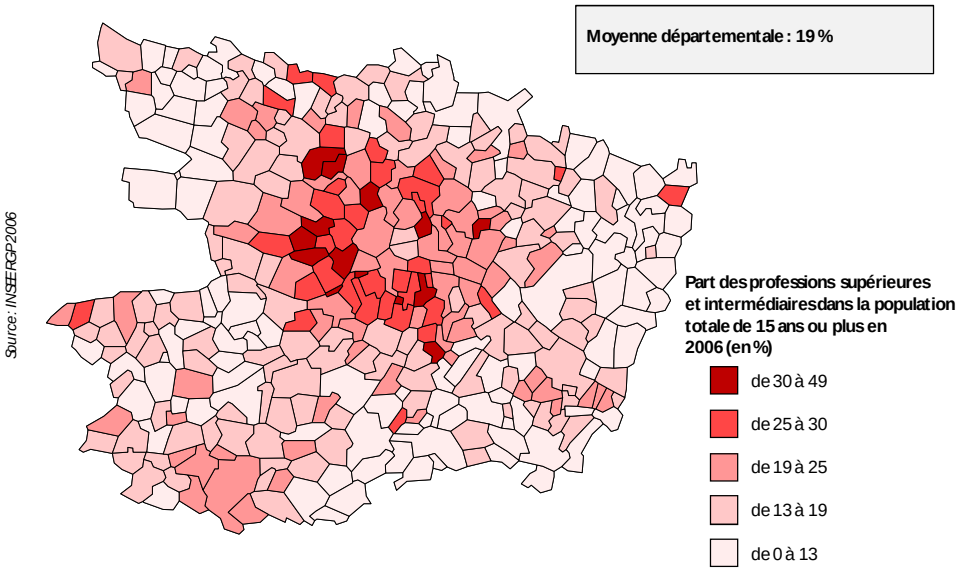
observation indique une précarité certaine des populations à l'Est du département.

La part des ouvriers dans la population totale des communes est relativement faible à Angers et dans les communes environnantes. Elle est en revanche plus élevée dans des communes du nord du département, ainsi que dans les circonscriptions de Cholet, des Mauges et de Doué-la-Fontaine, plus industrielles que le reste du territoire.


Moyenne départementale : 17 %
Source : INSEE RGP 2006
Part des ouvriers dans la population totale de 15 ans ou plus en 2006 (en %)
de 30 à 38
de 25 à 30
de 17 à 25
de 13 à 17
de 0 à 13

A l'inverse, **la part des professions supérieures et intermédiaires dans la population des communes est plus importante dans les communes d'Angers Couronne Nord et Angers Couronne Sud**, indiquant une généralisation de la présence des cadres dans la banlieue angevine.

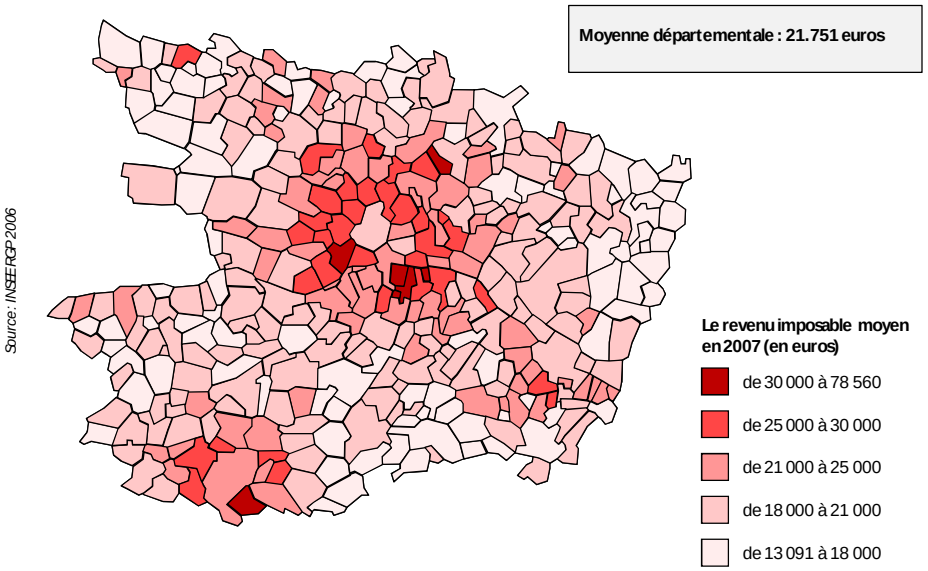
Par ailleurs, on observe que la part des professions intermédiaires et supérieures est très faible dans tout le reste du département.


Moyenne départementale : 19 %
Source : INSEE RGP 2006
Part des professions supérieures et intermédiaires dans la population totale de 15 ans ou plus en 2006 (en %)
de 30 à 49
de 25 à 30
de 19 à 25
de 13 à 19
de 0 à 13

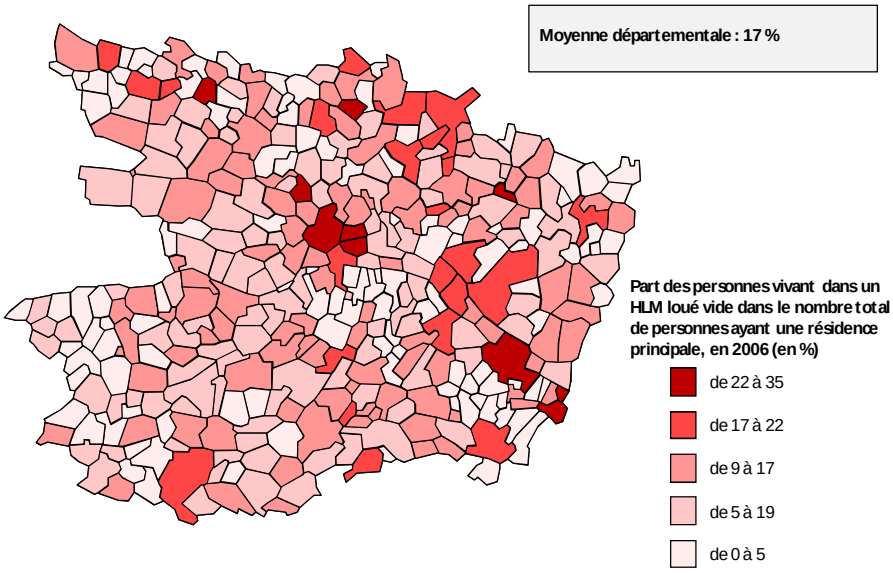
La moyenne départementale concernant le revenu imposable moyen s'établit à 21 751 euros par foyer.

Comme précédemment, l'écart entre les populations périurbaines favorisées et les populations rurales en situation de précarité financière est notable : autour d'Angers, de Cholet et, dans une moindre mesure, de Saumur, le revenu imposable moyen des communes se situe au-dessus de la moyenne départementale.

A l'inverse, **le revenu imposable moyen est inférieur à la moyenne départementale dans la grande majorité des autres communes du Maine-et-Loire**. On remarque, là encore, que le revenu imposable moyen est plus faible au Nord-Est et au Nord-Ouest du département, ainsi que dans le Sud de la circonscription de Doué-la-Fontaine.


Moyenne départementale : 21.751 euros
Source : INSEE RGP 2006
Le revenu imposable moyen en 2007 (en euros)
de 30 000 à 78 560
de 25 000 à 30 000
de 21 000 à 25 000
de 18 000 à 21 000
de 13 091 à 18 000

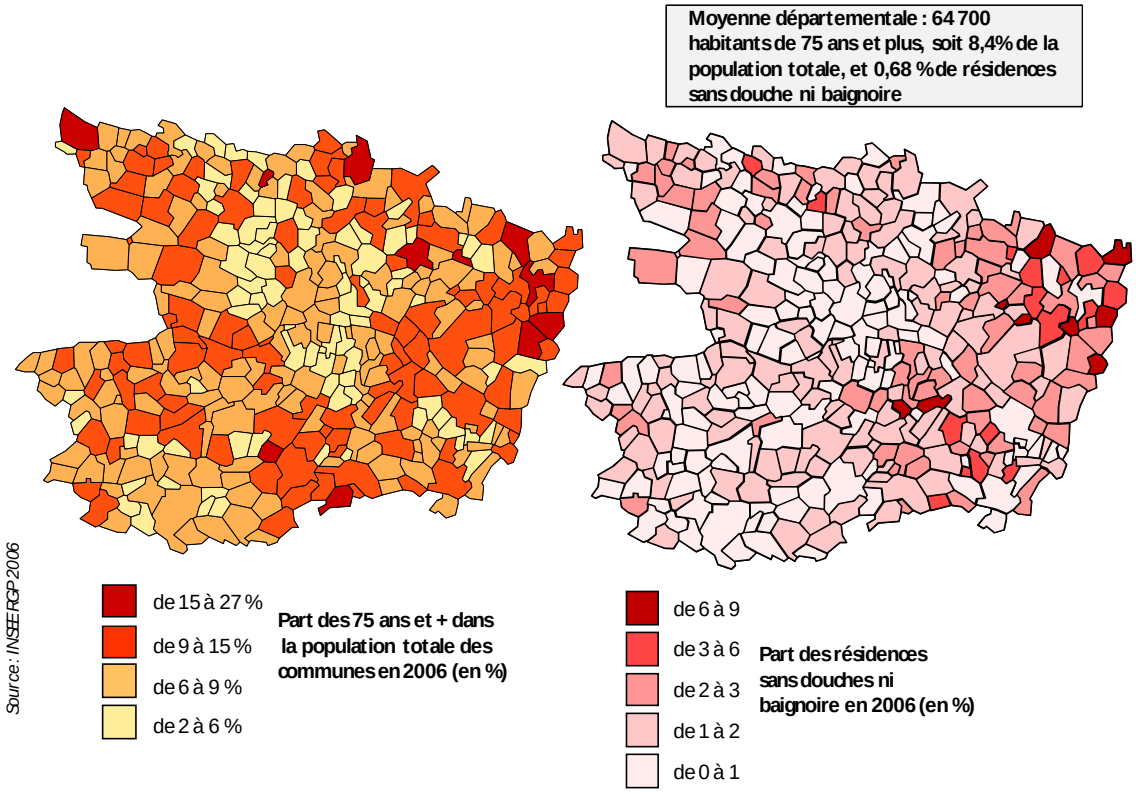
La part des personnes vivant en HLM est proportionnellement plus forte dans les villes. Elle se situe très au-dessus de la moyenne départementale pour les villes d'Angers, Saumur, Segré, Châteauneuf-sur-Sarthe, et dans une moindre mesure pour la ville de Cholet (17,5%).


Moyenne départementale : 17 %
Part des personnes vivant dans un HLM loué vide dans le nombre total de personnes ayant une résidence principale, en 2006 (en %)
de 22 à 35
de 17 à 22
de 9 à 17
de 5 à 19
de 0 à 5

Source : INSEE RGP 2006

Les communes situées au Nord-Est du département, dans lesquelles la part des plus de 75 ans dans la population est particulièrement élevée, sont

également concernées par l'insalubrité des logements.


Moyenne départementale : 64 700 habitants de 75 ans et plus, soit 8,4% de la population totale, et 0,68 % de résidences sans douche ni baignoire
Source : INSEE RGP 2006
de 15 à 27 %
de 9 à 15 %
de 6 à 9 %
de 2 à 6 %
Part des 75 ans et + dans la population totale des communes en 2006 (en %)
de 6 à 9
de 3 à 6
de 2 à 3
de 1 à 2
de 0 à 1
Part des résidences sans douches ni baignoire en 2006 (en %)

Synthèse :

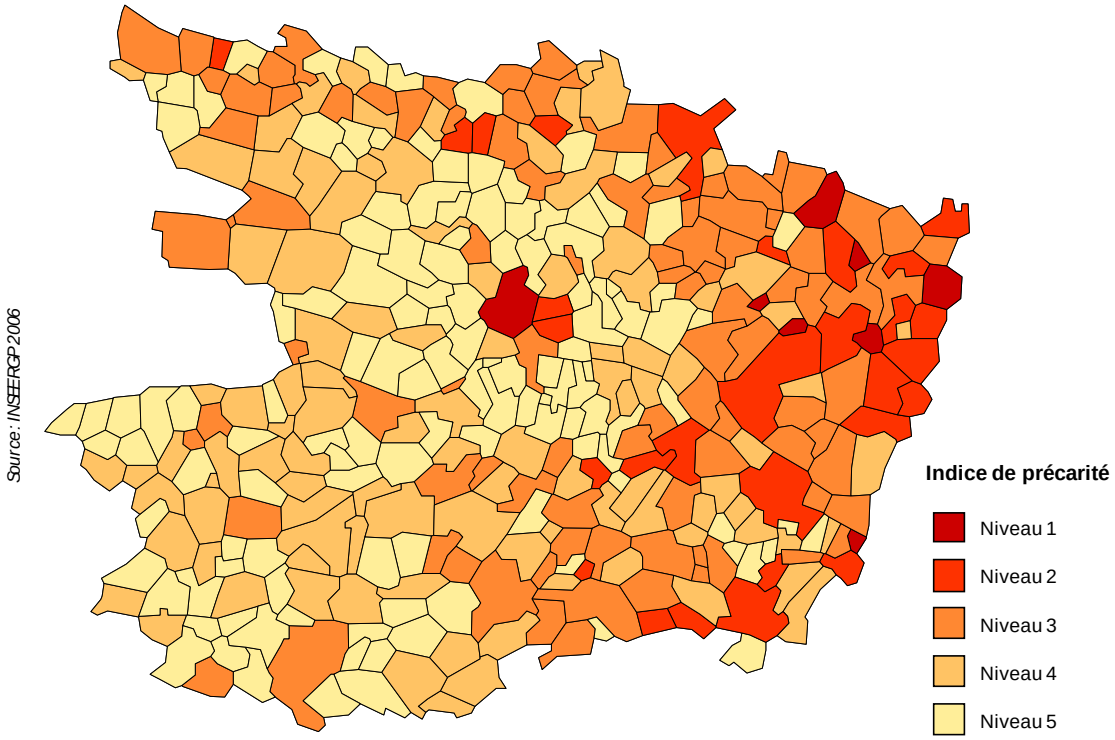
Les cartes précédentes ont permis de montrer l'hétérogénéité des territoires entre, notamment, un secteur Est fortement défavorisé, des difficultés cumulées autour des pôles

urbains (avec une acuité particulière à Angers et Saumur) et une très forte diversité de situation dans l'Ouest et le Nord (quoique dans une moindre mesure) du département.

La carte ci-dessous permet de présenter le **niveau de précarisation** des communes du département. L'indice de précarité a été calculé à partir des indicateurs suivants :

- Part des familles monoparentales
- Taux de chômage
- Part des résidences principales sans douche ni baignoire
- Part des logements HLM
- Revenu médian par unité de consommation
- Part des ménages fiscaux imposés

Il est à préciser que l'indice de précarité, tel que présenté ici, est construit en référence à la moyenne départementale, et non à la moyenne nationale, l'objectif étant de comparer les différents territoires du Maine-et-Loire entre eux.
Le niveau 1 indique un niveau de précarité élevé.



Chapitre I : La prévention

I. La prévention

Présentation

Les actions de prévention se situent à la lisière du schéma unique : elles visent à éviter à une personne d'entrer dans un dispositif d'accompagnement médico-social de manière temporaire ou permanente et sont en même temps partie intégrante de ce dispositif. Leur succès se devine lorsque la bascule ne s'effectue pas et que la mécanique, complexe, du social-médico-social ne nécessite ni mise en route, ni entrée dans un nouveau dispositif, ni accompagnements complémentaires.

Plusieurs conditions garantissent cette réussite. Si certaines d'entre elles ne sont pas remplies, un pan de ce « pré-accompagnement » est alors défectueux. Dès lors, la combinaison de facteurs sociaux, pathologiques, psychologiques ou environnementaux entraîne cette bascule avec un retour en arrière souvent difficile.

Ces conditions sont, pour l'essentiel, les suivantes :

- Cibler une population
- Identifier les risques et difficultés qu'elle est susceptible de rencontrer
- Mettre en place des systèmes d'alerte
- Construire une réponse appropriée, suffisamment vaste pour correspondre à une « feuille de route » que tout professionnel concerné doit être en capacité de suivre, mais suffisamment individualisé pour s'adapter à la spécificité de chaque situation.

Ces actions de prévention ont, par nature, lieu à tout âge de la vie. A la lisière de dispositifs qui s'adressent à tous et de dispositifs spécialisés, elles impliquent une multiplicité d'acteurs et ne relèvent pas toutes de la seule intervention du Conseil général. Toutefois, certaines d'entre elles sont de sa compétence propre ou bénéficient de ses financements. Il s'agit des actions pré- et post- natales, des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, des actions de prévention de l'exclusion, de la prévention des conduites à risque et des actions de bientraitance.

L'évaluation de la prévention est complexe puisqu'elle vise à identifier les publics qui n'ont pas bénéficié d'un accompagnement plus étayé. Or il est tautologique de vouloir comptabiliser des publics qui n'existent pas. En revanche, il est possible de recenser les actions allant dans le sens de la prévention : qu'elles relèvent d'un cadre légal ou pas, il est intéressant d'identifier leurs pistes d'amélioration pour faire en sorte, qu'à l'avenir, ce schéma unique concerne le moins de mainoligériens possible.

A) Les actions pré- et post- natales

A retenir

Atouts :

- Un effort d'information avec l'envoi de courriers de mise à disposition systématiquement adressés aux femmes enceintes lors des déclarations de grossesse

- La signature de convention entre le service PMI et les centres hospitaliers pour l'organisation des liaisons hospitalières.

- L'organisation de l'accompagnement des parents présentant un trouble psychique

Points d'amélioration :

- Des effectifs en-deçà de la moyenne métropolitaine

- Une organisation départementale du service de PMI de nature à engendrer des difficultés dans la réalisation des missions

- Un circuit complexe de procédure de déclaration de grossesse

- Des actions prénatales à domicile à diffuser

On compte dans le département **10 112 naissances** en 2009, soit une évolution de +3% depuis 2002. Si le nombre de naissances est en baisse régulière depuis 2006 (10 493 naissances à cette date), le département connaît un taux de natalité légèrement supérieur à la moyenne nationale (13,3 naissances pour 1 000 habitants au 1er janvier 2006 dans le département, contre 12,9 naissances pour 1 000 habitants pour la France métropolitaine). La circonscription des Mauges compte le plus grand nombre de naissances, avec 14% de l'ensemble du département et +27% depuis 2002. À l'inverse, Angers Sud et Angers Est ne comptent que 4% du total des naissances enregistrées en 2009

Nombre de naissances	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Evolution 2002-2009	Evolution 2008-2009
Angers Sud	465	421	452	460	432	406	413	404	-13%	*-2,23%*
Angers Ouest	473	485	423	439	549	566	542	508	7%	*-6,69%*
Angers Est	343	313	356	348	342	340	343	357	4%	*3,92%*
Angers Centre	777	759	809	810	629	575	564	571	-27%	*1,23%*
Les Mauges	1 129	1 188	1 244	1 299	1 403	1 361	1 398	1 437	27%	*2,71%*
Segré	868	930	949	979	1074	988	1096	1012	17%	*-8,30%*
Baugé	925	891	925	938	921	1064	950	966	4%	*1,66%*
Saumur	725	727	800	734	822	755	741	722	0%	*-2,63%*
Doué la Fontaine	782	794	824	871	866	845	851	916	17%	*7,10%*
Cholet Ouest	690	750	738	712	773	803	731	741	7%	*1,35%*
Cholet Est	625	671	659	679	706	645	679	632	1%	*-7,44%*
Angers Couronne Sud	915	769	793	795	804	800	850	817	-11%	*-4,04%*
Angers Couronne Nord	1 079	1 048	1 099	1 134	1 172	1 046	1 050	1 029	-5%	*-2,04%*
TOTAL	**9 796**	**9 746**	**10 071**	**10 198**	**10 493**	**10 194**	**10 208**	**10 112**	**3%**	***-0,95%***

1. Le rôle du service départemental de la Protection maternelle et infantile dans la prévention

Organisation et pilotage du dispositif

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) a un rôle central dans le dispositif de dépistage, et de coordination autour de la périnatalité. Les nouvelles missions dévolues à la PMI lui permettent en effet d'assurer ce rôle. Ainsi, la loi du 5 mars 2007 prévoit la proposition systématique d'un entretien prénatal (au cours du 4ème mois de grossesse) et le développement du suivi PMI postnatal, en particulier à travers de la systématisation du bilan de 3/4 ans en école maternelle.

Art R. 2112-7 du Code de la Santé Publique

« Le service départemental doit disposer :

D'une sage-femme à temps plein ou son équivalent pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département ;

D'une puéricultrice à temps plein ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

En cas d'impossibilité de recruter des puéricultrices, le service peut faire appel à des infirmiers ou des infirmières ayant acquis une expérience appropriée. »

Au 31 juillet 2009, le service de PPSF-PMI compte 13,4 ETP de médecins, soit 1,30 ETP pour 1000 naissances, contre 3,74 ETP en France métropolitaine. 15 médecins exercent l'ensemble des missions au sein du département, dont un médecin positionné plus particulièrement sur les actions de planification. Par ailleurs, deux circonscriptions comptent 2 médecins : la circonscription d'Angers Centre, et d'Angers couronne Nord. Le Conseil général a fait le choix de « spécialiser » chaque médecin sur le suivi d'un dossier particulier : contrôle et suivi des Assistants maternels, adoption, accueils collectifs ou encore périnatalité.

Avec 6,75 ETP de sages-femmes (soit 8 professionnels), le département répond au ratio légal et compte **ainsi 1 ETP de sage-femme pour 1 500 naissances en 2009**. **Cependant, ce ratio est inférieur à la moyenne métropolitaine qui s'élève à 1,4 ETP**[1], et 5 circonscriptions (représentant 37% des naissances) ne comptent pas de sage-femme. La circonscription des Mauges en fait partie, alors même qu'il s'agit de la circonscription qui compte le plus grand nombre de naissances (1 enfant du département sur 7 naît sur ce territoire). Face à ce constat, l'effectivité de la réalisation des missions légales de prévention pose question. Le rapport de l'IGAS[2] permettait de mettre en exergue déjà en 2004 le nombre insuffisant de sages-femmes dans le Maine-et-Loire : ainsi, en 2003, on comptait dans le département 0,6 ETP pour 1 500 naissances, soit un des taux les plus bas de l'ensemble des départements de France.

[1] Étude sur la Protection maternelle et Infantile en France, Inspection Générale des Affaires Sociales, Novembre 2006

[2] Cf. *infra*

Avec 59,6 ETP de puéricultrices, le département compte **1,47 ETP pour 250 enfants nés vivants en 2009,** contre 1,2 pour la moyenne métropolitaine. Il se situe donc au-dessus du ratio légal. À ces effectifs s'ajoutent 10,3 ETP d'infirmières, soit 0,25 pour 250 enfants contre 0,4 pour la moyenne de l'ensemble des départements, permettant au département de se situer au-dessus de la moyenne avec **1,73 ETP de puéricultrices et d'infirmières pour 250 naissances** (contre 1,6 pour la France métropolitaine).

Ainsi, de manière générale, **les effectifs des professionnels de la PMI de Maine-et-Loire apparaissent relativement faibles** eu égard à la France métropolitaine et aux autres départements de la région. Avec 90,05 ETP au total, on compte 8,9 professionnels pour 1 000 naissances, ce qui situe le département un peu au-dessus de la Vendée (8,4 ETP pour 1 000) et du Bas-Rhin (8,7), mais en-dessous de la Loire-Atlantique, et la Sarthe (respectivement 10,5 et 12,6 ETP pour 1 000 naissances) ou encore de l'Indre et Loire (13,7 ETP pour 1 000) (*source : ANDASS 2008*).

Le service départemental de Protection Maternelle et Infantile de Maine-et-Loire est intégré à la direction Enfance-Famille. Le service est dirigé par un médecin chef et compte trois Unités sous sa responsabilité :

- L'Unité de précontentieux Assistants Maternels et Assistants familiaux
- L'Unité d'instruction et de formation Assistants maternels
- L'Unité modes d'accueil, périnatalité et planification familiale

Le service de la planification a été réintégré au service de PPSF-PMI en octobre 2007 et les 4 centres en gestion directe se placent donc sous la responsabilité hiérarchique du médecin-chef de PMI. Il a en effet paru plus opportun au Conseil général de réunir en un même service l'ensemble des actions relatives à l'accompagnement de la parentalité et à la prévention.

Par ailleurs, les activités de la protection maternelle et infantile sont territorialisées, avec 13 circonscriptions d'action sociale. Au sein de chacune de ces circonscriptions, deux catégories de professionnels se placent sous autorité hiérarchique du médecin-chef de PMI : il s'agit des médecins (dont les médecins des centres de planification en gestion directe) et des sages-femmes. Les infirmières et les puéricultrices sont pour leur part placées sous autorité hiérarchique du responsable de circonscription. **Cette organisation, qui diffère d'un département à l'autre, peut être de nature à impacter la réalisation des missions**. Des difficultés peuvent ainsi être constatées lorsque que le service de PMI souhaite mettre l'accent sur la réalisation d'une mission en particulier (par exemple pour diligenter une enquête par une puéricultrice dans le cadre du suivi des assistants maternels). **Cependant, le département de Maine-et-Loire a su accompagner ce choix organisationnel par la réalisation d'un travail étroit sur le lien entre l'ensemble des professionnels dont les missions sont fortement imbriquées.** Ainsi, des travaux de formalisation ont été réalisés ou sont en cours au sein des circonscriptions entre les professionnels, afin de clarifier les missions de chacun et les circuits d'information.

Enfin, les évolutions récentes, qu'elles se situent sur le champ sociétal (fragilisation des populations ou encore sorties de maternité de plus en plus précoces) ou législatif (lois relatives aux Assistants familiaux et aux Assistants maternels, et loi du 5 mars 2007), ont nécessairement conduit à des bouleversements en ce qui concerne les missions relatives à la PMI. Si certains départements ont fait le choix de prioriser les misions, ou de spécialiser ces professionnels, le Maine-et-Loire s'est appuyé fortement sur les partenariats existant afin de faire face à l'accroissement des missions.

- **La protection maternelle**

Le plan périnatalité 2005-2007 met l'accent sur la dimension humaine de la grossesse et de l'accouchement. La loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'Enfance insiste également sur la prévention précoce en période pré et post natale et notamment sur la nécessité d'informer l'ensemble de la population sur les dispositifs d'aide mis en œuvre par le service de PMI.

- Avis de grossesse et avis de naissance

Les avis de grossesse et de naissance sont des instruments de repérage précoce des situations de vulnérabilité et permettent à la PMI de faire connaître son action auprès des publics cibles.
L'ensemble des documents liés à la périnatalité (avis de grossesse, de naissance et certificat de santé du 8ème jour) sont reçus au sein du service central, qui envoie systématiquement un carnet de maternité aux mères et une information sur les interlocuteurs vers lesquels peuvent se retourner les parents. Le service central envoie par la suite ces documents au sein des circonscriptions qui vont ainsi procéder à l'enregistrement. Les avis de grossesse sont transmis aux sages-femmes, ou à défaut aux médecins. Des temps d'échange sont organisés avec les puéricultrices autour de situations connues ou complexes. Il en va de même pour les avis de naissance, transmis aux médecins de PMI et traités en lien avec les autres professionnels.

La procédure de déclaration de grossesse qui fait intervenir une multiplicité d'acteurs et la déclaration fait actuellement l'objet d'une quadruple saisie (médecin, CAF, MSA et Conseil général). Des réflexions ont été engagées sur ce thème au niveau régional, afin de simplifier le circuit de déclaration, notamment par une dématérialisation des échanges entre les CAF/CPAM et les Conseils généraux. La Sarthe a expérimenté ce dispositif en 2008, qui a pour vocation à s'appliquer progressivement aux avis de naissance et aux certificats de santé de l'enfant (*source : plate-forme de coordination de l'observation sociale et sanitaire des Pays de la Loire, 2008*).
Cette démarche vise à disposer d'une vision globale des professionnels amenés à intervenir autour d'une naissance, et à garantir aux futurs parents un « **Parcours de maternité** », alors même qu'il est parfois difficile pour ces derniers d'appréhender la mécanique des dispositifs. Par ailleurs, ce circuit complexe de l'information obère la réalisation des missions. En effet, le service de PMI reçoit en général les déclarations de grossesse par la CAF quelques mois après le début de la grossesse et le courrier d'information de la possibilité de recourir aux sages-femmes pour un entretien du 4ème mois arrive chez la femme enceinte lorsque celle-ci est généralement enceinte de 6 mois ou plus. Un entretien réalisé au 7ème mois de grossesse n'aura alors nécessairement pas le même impact en termes de prévention.

Les médecins, sages-femmes et puéricultrices, au travers des consultations et visites à domiciles, sont les principaux intervenants sur cette période propice à toutes les fragilités susceptibles de compromettre les équilibres médico-psycho-sociaux de la mère, l'enfant et la famille. En outre, les sorties de maternité étant de plus en plus précoces (3 voire 2 jours après l'accouchement), le rôle d'accompagnement des jeunes parents et de suivi des nourrissons joué par la PMI en est devenu d'autant plus décisif.
Au sein du département, on constate une augmentation de 60% de réception des certificats de santé (au 8ème jour, au 9ème mois et au 24ème mois) en raison notamment du travail de sensibilisation réalisé par le service en direction des médecins libéraux et hospitaliers.

- Les interventions auprès des femmes enceintes

Article L. 2112-2 du Code de la Santé publique

Le service départemental de PMI doit organiser :

1º Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

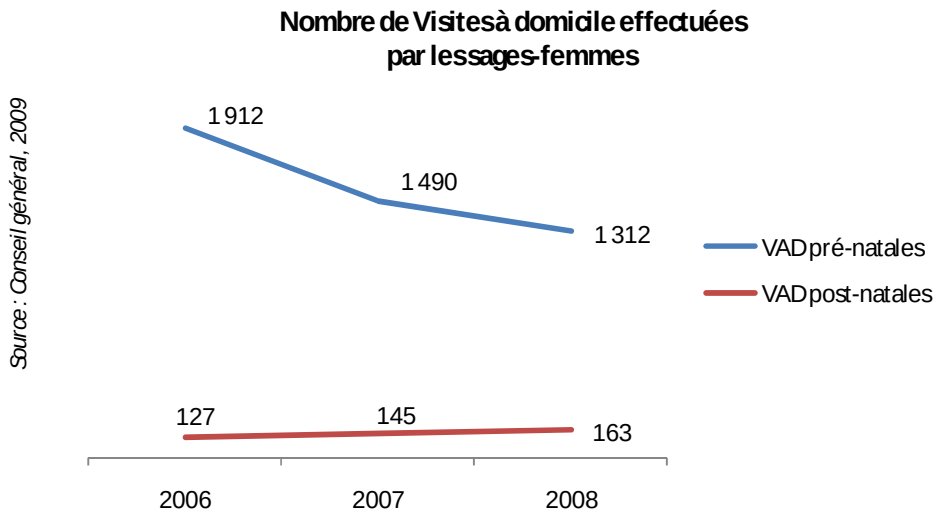
4º Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations […]

8 sages-femmes sont chargées d'intervenir sur l'accompagnement des femmes enceintes, à travers des interventions en prénatal à domicile, des consultations pré- et post-natales, la réalisation d'entretiens du 4ème mois et d'actions collectives de préparation à la naissance. Malgré un recrutement en 2008, il reste cinq territoires qui ne bénéficient d'aucune de ces actions : Cholet Ouest, Les Mauges, Angers Couronne Sud, Angers Est, et Angers Sud. Ainsi, les femmes domiciliées au sein de ces territoires ne peuvent pas bénéficier des missions légales de prévention ayant vocation à être mises en place dans le cadre de la Protection maternelle et infantile.

Les **consultations prénatales**, tout comme les **visites à domicile** (VAD) ont pour objectif de réaliser un dépistage précoce des femmes en situation vulnérable, et visent à mettre en place un suivi précoce et régulier de la naissance afin de prévenir toute difficulté. Les consultations prénatales sont réalisées au sein des 8 circonscriptions.

En 2008, 1 475 visites à domicile ont été effectuées sur le territoire, 1 312 prénatales et 163 post-natales. On constate une baisse de 28% du nombre de visites depuis 2006, avec un mouvement inversé entre les VAD pré- et post-natales (-31% de VAD prénatales et +28% de VAD postnatales entre 2006 et 2008). Cette baisse est constatée alors même qu'une sage-femme a été recrutée en 2008 et se confirme en 2009 avec 1 402 VAD. On compte ainsi 14,6 VAD pour 100 naissances, soit un chiffre presque identique à la Loire-Atlantique (14 pour 100), mais inférieur à la Mayenne (17 pour 100) et au Bas-Rhin (35 pour 100) (*source : ANDASS 2008*).



Par ailleurs, des permanences sont également organisées : elles s'élevaient au nombre de **611** sur l'année 2008 (560 permanences prénatales et 51 postnatales).

Enfin, un des objectifs affichés par le schéma Enfance-Famille 2005-2010, visait à « Offrir à tous les parents la possibilité de bénéficier de visites à domicile post-natales ». Il s'agissait ainsi de proposer une VAD à tous les nouveaux parents dès la sortie de la maternité, et une intervention lorsque nécessaire dans un délai de deux jours après le retour au domicile. Si un **dispositif d'accompagnement** a été mis en place en 2008 en ce qui concerne les femmes sortant de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, permettant ainsi de réaliser un suivi des sorties précoces de maternité, les professionnels hospitaliers indiquent la difficulté de faire intervenir les professionnels de PMI dans un délai de 48 heures après sortie d'hospitalisation. Par ailleurs, il avait été proposé dans ce cadre de mettre en place des accueils de familles (des parents avec leur enfant) à la sortie de la maternité, afin d'offrir un accompagnement étroit et de limiter les situations de placement dès la naissance. Cet axe de réflexion, qui n'a pas abouti à la mise en œuvre d'actions concrètes, doit pouvoir être retravaillé dans le cadre du schéma unique. Il permet en effet d'enrichir la palette de réponses offertes aux parents en difficulté.

L'**entretien médico-psycho social du 4ème mois de** grossesse est une préconisation de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Il s'agit d'une action de repérage précoce mise en œuvre par des professionnels formés à l'exercice.
La mise en place d'un tel dispositif doit être accompagné d'une réflexion sur les outils mobilisables : outils de repérage, bilans rédigés, archivage, référentiel des pratiques, protocoles permettant la mobilisation de partenaires en cas de dépistage de certaines pathologies, …

Un travail de partenariat a été entamé en 2007, en direction des Centres Hospitaliers privés et publics d'hospitalisation des femmes enceintes, mais également des sages-femmes libérales du département afin de réaliser un effort de lisibilité auprès des jeunes parents. Cette démarche s'est concrétisée par la mise en place de réunions semestrielles entre les sages-femmes de PMI et les sages-femmes libérales. Un effort de communication a ainsi été réalisé, avec l'envoi de courriers de mise à disposition systématiquement adressés aux femmes enceintes lors des déclarations de grossesse. Cependant, la carence de sages-femmes dans cinq circonscriptions obère la réalisation de cette activité, et la surcharge des professionnels limite de manière importante l'effectivité de cette mission dans les autres circonscriptions. En 2008, on compte 579 entretiens du 4ème mois. L'envoi systématique d'un courrier semble bénéfique, avec une augmentation de 22% en un an (705 entretiens réalisés en 2009). Par ailleurs, les sages-femmes ont toutes reçues une formation relativement à cette nouvelle mission.

Enfin, les sages-femmes doivent réaliser des **cours de préparation à la naissance** : 250 cours ont été donnés en 2008. Par ailleurs, si des actions collectives doivent être mises en œuvre par les sages-femmes, il apparaît qu'aucune action n'a été réalisée en 2009.

- Le travail de liaison

Les relations et la coordination entre l'hôpital et la PMI sont aujourd'hui plus que jamais un enjeu prépondérant dans la réflexion sur l'accompagnement des familles en situation de vulnérabilité. La maternité est en effet le lieu où se retrouvent toutes les femmes enceintes, qu'elles aient des problèmes sociaux, psychiques, relationnels… ou non.

L'accouchement et ses suites sont un moment charnière avec une temporalité rapide pour la mise en place d'un lien mère-enfant équilibré. Depuis quelques années, le raccourcissement des durées de séjour post-accouchement en maternité (les sorties de maternité se font en moyenne 2-3 jours après l'accouchement) peut s'avérer être un obstacle à la construction de ce lien.

L'hôpital a donc concentré son action sur l'aspect médical de l'accouchement, laissant partiellement de côté les problématiques sociales et relationnelles rencontrées par la jeune mère et l'enfant. C'est pourquoi il est devenu essentiel que la PMI puisse faire de l'hôpital un lieu de repérage précoce privilégié et constitue l'interface technique indispensable et complémentaire à ses activités de prévention médicosociale.

Aujourd'hui, les liens sont assurés par les sages-femmes de PMI et les puéricultrices, à travers la rencontre des équipes de maternité, et des visites d'informations réalisées auprès des femmes afin de présenter la PMI.

Ce partenariat est assuré au travers des **conventions**. Actuellement, le service de PMI a passé une convention avec les trois Centres hospitaliers des agglomérations que sont Angers (convention signée le 19 février 2001) avec l'intervention de sages-femmes et d'une puéricultrice, Saumur (convention signée le 18 janvier 2005) et Cholet (convention qui sera signée en mai 2010, mais avec une liaison hospitalière assurée dès 2004 par un ETP de puéricultrice et 2 heures de sage-femme).

Par ailleurs, les liaisons hospitalières ont été fortement développées sur l'ensemble du territoire départemental et sont réalisées avec les deux cliniques disposant d'un plateau d'accouchement (Polyclinique de Cholet et clinique de l'Anjou). Des rapprochements ont également été effectués en ce qui concerne les départements limitrophes (Ancenis, La Flèche). Au total, 862 femmes ont été rencontrées en 2008 (dont 488 en prénatal et 374 en postnatal).

Initiatives départementales et locales :

Mise en place en 2005 d'une réunion mensuelle entre le service de gynécologie-obstétrique et de maternité de Saumur, les professionnels de la circonscription et le service de PMI

Mise en place de l'Unité médico psycho sociale périnatale (UMPSP) au sein du CHU d'Angers, permettant d'organiser tous les lundis matin une réunion où sont vus les dossiers pour lesquels des décisions sont à prendre en rapport avec le service de l'Aide sociale à l'enfance. Une sage-femme du CHU gère l'UMPSP, au sein de laquelle est notamment décidée la prise d'une Information Préoccupante.

Unité « Kangourou » au sein du CHU d'Angers pour des situations familiales difficiles, permettant d'entamer en parallèle un travail avec la famille

- L'ensemble de ces actions pré- et post- natales s'effectuent en étroit partenariat avec le **Réseau régional de périnatalité** : « Sécurité naissance – Naître ensemble ».

Au niveau régional a été créé en 1998 le Réseau régional de périnatalité, « Sécurité Naissance – Naître ensemble », qui regroupe les 24 maternités publiques et privées des Pays de la Loire. Le SROS III des Pays-de-la Loire souligne la structuration de qualité et son incidence positive sur la coopération inter établissement. Dans ce cadre, plusieurs actions ont été menées : élaboration d'un certain nombre de référentiels (relativement aux pratiques professionnelles, par exemple sur l'entretien prénatal précoce), mise en réseau des centres pluridisciplinaires de diagnostic anténatal, ou encore mise en place de staffs inter-maternités consacrés à l'étude de dossiers difficiles.

Le réseau souhaite évoluer en réseau de santé d'ici quelques années, afin de répondre à la volonté du législateur en 1999 de développer ce mode innovant d'organisation des soins, dans le but de placer le patient au centre du système de santé et d'assurer une meilleure coordination des professionnels autour du patient.

Enfin, le **Plan régional de Santé publique 2006-2009**, prolongé d'un an, jusqu'au 31 décembre 2010 a permis d'impulser le cadrage des actions de coordinations entre professionnels autour de la périnatalité. Il met ainsi en exergue des actions telles « la mise en œuvre du suivi des femmes enceintes en situation de précarité » ou la « prévention des conduites addictives au cours de la grossesse et prise en charge des femmes et des nouveau-nés ».

Initiatives départementales et locales :

Participation des sages-femmes de PMI aux réunions organisées dans le cadre du Réseau régional de périnatalité

Développement de la Permanence d'accès aux soins (PASS) périnatalité dans les établissements d'accouchement. Le PASS périnatalité est mis en place à Angers (clinique Anjou et CHU).

2. La prévention autour de la périnatalité en faveur des personnes présentant des troubles psychiques

L'amélioration de l'accompagnement et de l'orientation des personnes en situation de fragilité et de précarité dans le cadre de la naissance, tout particulièrement en ce qui concerne la **santé mentale**, constitue une priorité affichée au sein des Projets Médicaux de Territoires, établis en 2006 dans le cadre du **SROS III** pour les villes d'Angers, Cholet et Saumur. La naissance est en effet un moment essentiel pendant lequel une multiplicité d'acteurs interviennent, sans qu'une coordination soit nécessairement travaillée. Il s'agit pour le département de s'inscrire pleinement dans cet objectif de prévention, qui passe notamment par l'accompagnement à la parentalité.

Ainsi, une convention a été mise en place en décembre 2003 entre le CHU d'Angers et le CESAME, permettant de mettre en relation l'Unité psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent du CHU, le service de Gynécologie obstétrique et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (Est et Ouest) autour d'une ***Unité de Psychologie Périnatale***. Par ailleurs, un groupe parentalité se réunit régulièrement au CESAME, et souhaite y associer les acteurs de la PMI ou encore de l'ASE. Sur le territoire de Saumur, la ***Convention de liaison hospitalière*** permet de coordonner l'action des services hospitaliers, tout en incluant la pédopsychiatrie. Il s'agit d'une mise en réseau de l'ensemble des professionnels, permettant de rendre lisible le dispositif et également d'éviter les ruptures de prise en charge. Par ailleurs, à Cholet, des pédo-psychiatres et des psychologues interviennent régulièrement au sein du service de maternité du CH. Cependant, le travail de prévention apparaît encore insuffisant sur le territoire de Cholet, avec la nécessité de renforcer les compétences et moyens en pédopsychiatrie de liaisons à l'hôpital.

Initiatives départementales et locales :

Création début 2003 du Réseau de suivi des enfants vulnérables « Grandir ensemble ». Son objectif est de suivre les enfants hospitalisés à la naissance et présentant un risque de handicap pour dépister précocement les déficiences. Le Réseau « Grandir ensemble » permet ainsi d'améliorer l'accès à une prise en charge précoce des incapacités pour en diminuer les conséquences afin d'éviter ou limiter le handicap secondaire. Par ailleurs, il évite l'« errance médicale » et le sentiment d'abandon dont sont parfois victimes les parents d'enfants, par un encadrement et une aide. Ce réseau associe les médecins libéraux qui le souhaitent, les médecins hospitaliers et libéraux exerçant en néonatalogie, les médecins de PMI des 5 départements, les médecins des CAMSP, et les psychologues.

Signature d'une convention tripartite entre le CHU d'Angers, le CESAME et la PMI en juillet 2009

B) Les actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents

A retenir

Atouts :

- Un nombre important de consultations nourrissons

- Un maillage de qualité en CAMSP sur les principaux pôles du territoire et une collaboration efficace de ces centres

- L'existence de centres-ressources pour les parents d'enfants handicapés

Points d'amélioration :

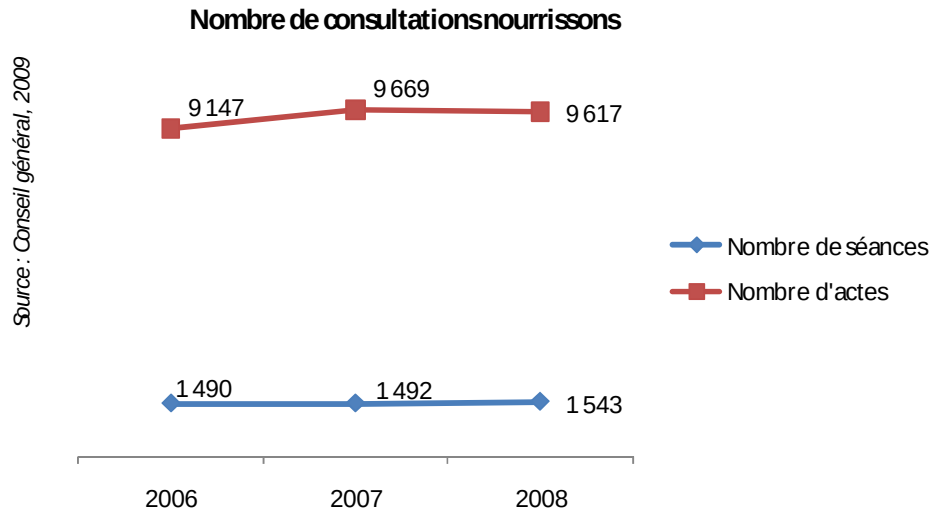
- Faiblesse du nombre d'actes par séances de consultation-nourrisson

1. Les actions de prévention réalisées dans le cadre de la PMI

- La protection infantile

En matière de protection infantile, la PMI intervient de manière élargie. Ses missions de réalisation de bilans médicaux pour l'ensemble d'une classe d'âge (les 3-4 ans), et de tenue de permanences ont pour vocation à lui conférer un rôle de prévention et de dépistage.

Les **consultations nourrissons** tout d'abord, sont destinées aux enfants de 0 à 6 ans et mises en place au sein du département dans 60 lieux de consultation (8 centres à Angers, 4 à Cholet et 5 à Saumur). Le nombre important de ces centres de consultation permet d'assurer à la PMI une présence dans le milieu rural.
Ces consultations sont réalisées dans une logique de prévention, à destination d'un public le plus élargi possible. La consultation est l'occasion d'un examen clinique de l'enfant mais aussi d'une veille s'agissant du lien parents-enfants, des conditions d'éveil de l'enfant, de l'apprentissage, …



Entre 2006 et 2008, le nombre de séances a connu une évolution de +4% et +5% en termes d'actes. On compte entre **6 et 6,5 actes par séances**, contre 8 pour la Mayenne et la Sarthe, 9 pour la Vendée, 10 pour l'Indre-et-Loire et l'Ille-et-Vilaine et 12 pour le Bas-Rhin. Ainsi, **le département est le territoire qui réalise le moins d'actes par séances.** Ces chiffres apparaissent en contradiction avec les constats des acteurs rencontrés : les consultations sont souvent pleines, et apparaissent bien identifiées par la population, avec des centres nombreux et maillant l'ensemble du territoire. Les désistements peuvent constituer une première piste d'explications. On notera une baisse importante des consultations nourrissons en 2009, notamment en raison de l'absence de deux médecins sur les circonscriptions de Saumur et de Segré (207 séances de consultation en 2008 contre 101 en 2009 sur les deux circonscriptions).

Par ailleurs, avec **0,58 séances hebdomadaires pour 200 naissances**, le département se situe largement en-dessous du ratio légal[3] et de la moyenne régionale (0,71 séances pour 200 naissances) (source : *ANDASS 2008*). Seul le département de la Vendée compte moins de séances que le Maine-et-Loire (0,51 pour 200 naissances). Une explication peut être avancée par le faible nombre de médecins.

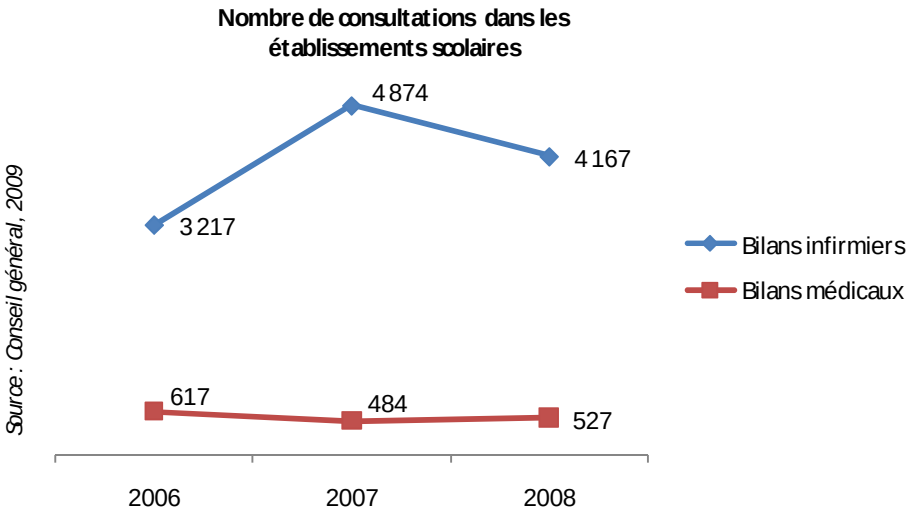
Initiatives départementales et locales :

- Mise en place dans les circonscriptions début 2000 de l'intervention de psychomotricienne. Aujourd'hui, 9 circonscriptions sur 13 en bénéficient et le Conseil général réfléchit à l'extension de ces activités dans le Baugeois. Cette action a été initialement développée au sein des salles d'attente des circonscriptions, considérés comme espaces propices d'intervention des professionnels.

[3] Article R. 1221-6 du Code de la santé : une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants nés vivants

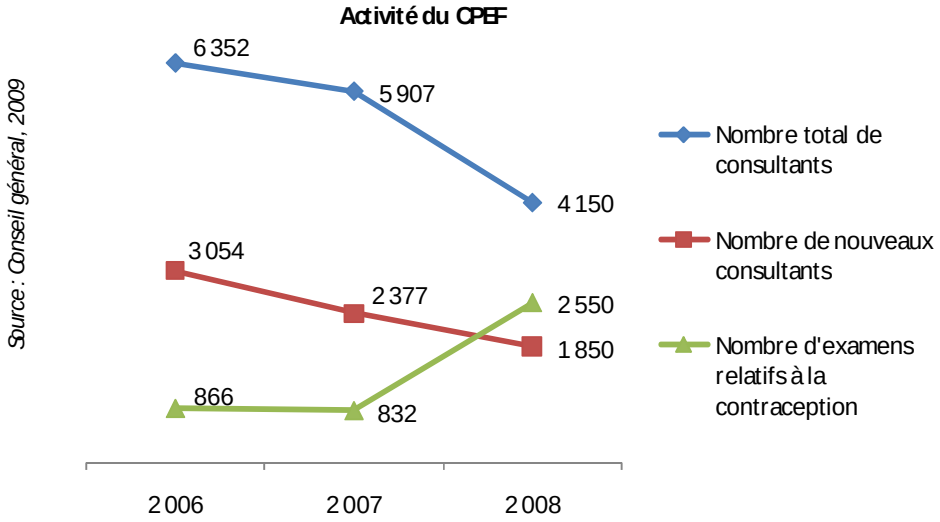
- Les visites au sein des établissements scolaires

Le service de PMI est également tenu d'effectuer des **visites dans les établissements scolaires** afin de réaliser des bilans infirmiers (puis médicaux si un problème est dépisté) à destination des enfants âgés de 3 et 4 ans. Cette action, organisée sur une année civile, et qui débute au mois de janvier, est réalisée dans les établissements scolaires publics et privés.
En 2008, 4 167 enfants ont été vus lors d'un bilan infirmier, soit 19,96% de la population totale des 3-4 ans, contre 50% pour la Mayenne ou encore 64% pour la Loire-Atlantique *(source : ANDASS 2008).*

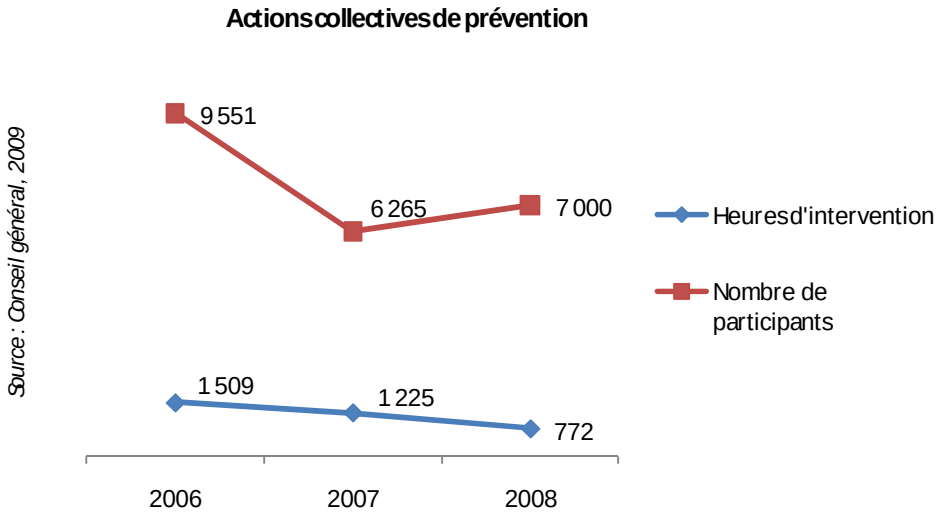


- Les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)

La PMI compte **huit Centres de planification et d'éducation familiale** (CPEF) : 4 pôles sont gérés directement par le Conseil général (Angers, Cholet, Saumur et Segré) et quatre centres sont conventionnés (le CH de Cholet, Saumur et Angers, et le SUMPPS (médecine préventive universitaire). **5 850 consultations et entretiens** ont été effectués par les médecins et les sages-femmes en 2008 pendant les séances.
Si on observe une hausse du nombre d'examens relatifs à la contraception, le nombre de consultants vus en une année baisse très sensiblement (-35% entre 2006 et 2008).



Plusieurs actions collectives de prévention sont également mises en place, avec un total de **772 heures d'intervention en 2008**, soit une baisse de 49% depuis 2006, et de 37% entre 2007 et 2008. Cependant, dans le même temps, on compte un nombre de participants en hausse depuis 2007, avec 7 000 participants en 2008.



Le Centre de planification réalise des informations au sein des établissements scolaires, mais diversifie également ses lieux d'intervention. Ainsi, en 2008 le CPEF a réalisé des actions de sensibilisation sur la sexualité des publics handicapés, auprès des professionnels d'établissements d'accueil. Aucune donnée statistique n'est à ce jour disponible en ce qui concerne ces actions collectives.

Par ailleurs, le rôle des centres de planification et d'éducation familiale est réaffirmé par un rapport de l'IGAS concernant l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées[4], qui met en exergue les difficultés encore prégnante concernant ce champ de prévention. Le rapport révèle notamment un grand nombre d'IVG chez les mineures et les femmes sous contraception, des inégalités territoriales importantes dans la prise en charge de l'IVG et un manque d'information des mineures sur le sujet.

Ce rapport, remis en février 2010, indique la nécessité de garantir un accès aisé aux centres de planification, Cet accès apparait encore contraint, par une information insuffisante sur l'existence de ces centres, qui doit pouvoir être réalisée plus avant par les séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires ou les autres structures fréquentées par les jeunes ou les personnes en difficulté sociale. Par ailleurs, les centres sont encore aujourd'hui difficilement accessibles, à la fois au vu des diversités territoriales (accessibilité moindre au milieu rural), mais également des modes de fonctionnement (horaire d'ouverture, …). Suite à ce rapport, des mesures ont été annoncées en mars 2010 par le Ministère de la Santé, dont la mise en place d'une organisation permettant un accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineurs vivant dans des zones privées de centres de planification, notamment en milieu rural, ou encore l'amélioration de l'éducation sexuelle au sein des établissements scolaires, avec la nécessaire complémentarité des missions des conseillères conjugales avec le service scolaire.

Le Conseil général a développé des actions dans le sens d'une plus grande accessibilité à ces services en milieu rural. Ainsi, **deux conventions de partenariat** ont été adoptées, entre le Conseil général et le planning familial et ont pour but de permettre aux jeunes habitant en milieu rural et ne disposant pas de Centres de planification à proximité, de bénéficier de ces services. Ces conventions, conclues en 2009 et en mai 2010, définissent la mise à disposition d'une conseillère conjugales du planning familial une fois par semaine (le mercredi), dans les communes de La Pommeraye et du Lion d'Angers au sein de locaux prêtés par le Conseil général et par la mairie. Le Conseil général prend financièrement en charge les examens ou les consultations médicales consécutifs à ces permanences.

Initiatives départementales et locales :

Création d'un site internet dédié au Centre de planification Flora Tristan du Pôle de gynécologie-obstétrique en février 2010, afin d'informer le grand public sur la sexualité et les relations hommes/femmes.

[4] « Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse », Rapport de l'IGAS, novembre 2009

2. La prévention dans le cadre du handicap

Le repérage des troubles dès la petite enfance constitue un enjeu majeur dans la mesure où la précocité de la prise en charge permet des progrès souvent plus importants qu'à un âge plus avancé.

- **La prévention et l'accompagnement dans le cadre des Centres d'action médico-social précoce (CAMSP)**

Les CAMSP assurent un travail de dépistage et de prévention à destination de la petite enfance. La majorité des enfants accueillis au sein des CAMSP sont orientés vers ces structures par les services hospitaliers de néo-natalité et de la PMI.

Le département de Maine-et-Loire compte **quatre CAMSP situés dans les principales agglomérations** (Angers, Cholet, Saumur).

Ces CAMSP se veulent fortement **complémentaires** : ainsi, le CAMSP du CHU d'Angers se fonde exclusivement sur des actions de diagnostic tandis que les trois autres Centres, appartenant à l'Association ASEA 49, exercent leurs missions sur le volet thérapeutique. S'il n'existe pas de convention établie entre ces Centres, l'ensemble des professionnels concernés soulignent l'exemplaire collaboration qu'il existe actuellement.

Le **CAMSP Polyvalent**, ouvert en 1985 au sein du CHU, dispose d'une file active de 506 enfants sur l'année 2008, avec 1 736 consultations. Le CAMSP a développé des consultations à destination de handicaps spécifiques. Il propose ainsi des consultations en faveur des enfants présentant une déficience visuelle, une déficience auditive ou des troubles envahissants du développement (TED). L'activité du CAMSP en ce qui concerne ces actions de dépistage est en augmentation depuis 2007 (+9% pour les déficiences visuelles et +19% en ce qui concerne le dépistage des TED). Par ailleurs, 76 % des enfants vus en 2008 avaient moins de 3 ans le jour de la consultation, et étaient originaires du département principalement (moins de 8% de l'ensemble des enfants vus au CAMSP en 2008 venaient d'un département limitrophe). Enfin, 53 % des demandes émanaient du CHU d'Angers (parmi lesquelles 63 % étaient originaires de la néonatologie).

Un travail de partenariat a été réalisé : trois conventions ont ainsi été mises en place avec l'Institut Montéclair (évaluations sensori-motrices), le Centre référent Charlotte Blouin (organisation de synthèses une fois par mois pour planifier l'accompagnement et la mise en place d'implants cochléaires pour les enfants sourds profonds) et l'association Dépist'autisme.

L'association ASEA 49 gère **trois CAMSP** sur le département : un à Angers, créé en 1988, et deux autres Centres créés en 2007 sur l'antenne de Saumur et en octobre 2009 sur Cholet. L'activité du CAMSP d'Angers est significative, avec 2 050 séances réalisées en 2008 (pour une file active de 209 enfants). Saumur compte 312 séances en 2008, et 99 séances depuis trois mois en ce qui concerne Cholet. La création de deux CAMSP depuis 2007 relève du constat d'un besoin très fort au sein du territoire, et d'une concentration de l'offre à Angers. Concernant la demande, celle-ci est importante : l'attente moyenne entre la demande et le premier suivi est de cinq mois. Face à la demande croissante, le CAMSP

d'Angers a fait le choix d'accompagner les situations les plus lourdes et les plus préoccupantes, les pédopsychiatres libéraux étant en mesure de prendre le relais sur le territoire angevin. Il en va cependant différemment sur les autres territoires, où l'offre de pédopsychiatres libéraux est peu développée. Une prise en compte de la demande très forte par la création de deux CAMSP au sein du département depuis 2007.

Initiatives départementales et locales :

- Une expérience de partenariat à travers des interventions conjointes a été mise en place, entre les médecins PMI de trois circonscriptions (Doué La Fontaine, Angers Couronne Nord, Les Mauges), et les professionnels du CAMSP de l'ASEA (pédopsychiatres et psychologues). Cette action s'est particulièrement développée dans des secteurs ne disposant pas de Centre à proximité.
- Le CAMSP d'Angers et le Foyer départemental de l'enfance ont formalisé un partenariat relatif à l'accompagnement des enfants accueillis au sein du Village Saint Exupéry.
- Le Conseil général de Maine-et-Loire a développé une politique de soutien aux CAMSP, à la fois financièrement (soutien important des extensions), mais également par la mise en place d'actions conjointes.

- **Le Service d'Intervention précoce à l'hôpital et à domicile (SIPHAD)**

Ce service fait partie du Centre hospitalier de Cholet, et a été créé en 2004. Il compte en 2007 un pédopsychiatre, un psychologue, deux psychomotriciennes et une infirmière psychiatrique. Il exerce une mission de prise en compte précoce des enfants, de la conception à leurs trois ans, et de leurs parents. Cette unité est en lien avec un grand nombre de partenaires, en sus des services hospitaliers : professionnels de la PMI et du libéral.

- **L'accompagnement dans le cadre des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques** (CMPP)

Les CMPP assurent le diagnostic ou le bilan complémentaire des enfants et adolescents qui souffrent de troubles neuropsychologiques ou du comportement. Les enfants ayant des problèmes du langage sont de plus en plus orientés vers ce type de structures.

On compte **quatre CMPP** dans le département : un CMPP géré par l'AAPEI, situé à Angers (deux antennes pour une ouverture en 2005), et trois CMPP gérés par l'ASEA et situés respectivement à Angers, Cholet et Saumur. Le CMPP de l'ASEA situé à Angers, créé en 1962, a permis de prendre en charge 679 enfants (file active).

Le rapport d'activité souligne l'importance de la demande et la **surcharge** de l'équipe professionnelle. Le CMPP de Cholet, qui a ouvert le 1er décembre 2008, était fortement attendu sur un territoire disposant de très peu de pédopsychiatres de villes. Il y a actuellement déjà 50 nouveaux dossiers en attente pour le CMPP de Saumur, alors même

qu'il n'a ouvert qu'en 2007. La même situation pourrait donc être constatée sur le territoire de Cholet.

Par ailleurs, les acteurs indiquent l'importance du partenariat sur l'ensemble de ces trois territoires, avec des relations fortes et régulières entre les CMP, le CHU d'Angers ou encore le CESAME.

Enfin, un **Service d'aide spécialisé à domicile Cancer et Enfance**, a été créé à Angers depuis le 1er septembre 1990. Il a d'abord été créé sous la forme d'un SESSAD, puis transformé sous forme d'un CMPP. Ce Service intervient au sein du CHU, dans les locaux mais également à domicile et sur les lieux de vie de l'enfant (lieux de garde ou école).

Initiatives départementales et locales :

Le CMPP-CAMSP de l'ASEA développe des ***« activités cliniques en extension »*** (ACE) depuis 2003, s'articulant autour de trois axes :

***** Soutien technique aux professionnels de l'enfance et de la petite enfance (travail avec une Association Petite Enfance à Angers, un SESSAD, deux lieux d'accueil parents-enfants …). Dans ce cadre, une psychologue du CAMSP intervient par exemple auprès de trois psychologues de l'APIJ qui animent des groupes d'analyse de la pratique dans les structures d'accueil petite enfance de la mairie d'Angers ; deux psychologues du CAMSP interviennent auprès des équipes de 2 maisons « Perce Neige » à Bagneux et Baracé sur des questions de parentalité et de prévention.

***** Travail de liaison : expérience de micro-réseaux avec les professionnels libéraux rencontrant les difficultés psychoaffectives des enfants et de leurs familles (médecins, ortho, psy, …). Par ailleurs, une expérience de partenariat autour de situations d'enfants en grande difficulté, fondée sur une relation étroite entre des médecins et des psychologues du CAMSP-CMPP, médecins de PMI et équipes de circonscriptions a été mis en place.

***** Réalisation d'expériences de partenariat avec les professionnels autour de **l'accompagnement des adolescents** (ouverture d'un « espace ados » au CMPP d'Angers, en complémentarité de l'accompagnement des classes relais et du dispositif d'écoute présent sur le lieu des SEGPA).

D'autres dispositifs jouent un rôle de prévention important en matière de handicap :

- Les Centres ressources

Ces Centres de ressources permettent d'assurer aux familles une expertise dans le dépistage d'un handicap spécifique.

Le **Centre régional d'études et de ressources pour l'autisme et les troubles envahissants du développement** (CRERA), a ouvert à Angers depuis avril 2007, et permet de favoriser les diagnostics précoces. Il assure l'accueil, l'accompagnement, le diagnostic et l'évaluation de l'autisme et des TED de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Par ailleurs, cette période clé du diagnostic sera améliorée par un renforcement des établissements de santé en termes de formation du personnel et de moyens pour développer un dispositif

d’annonce, prévu par le plan national autisme. La gestion de ce Centre est réalisée par le CHU d’Angers, en partenariat avec une association de parents d’enfants autistes (Sésame Autisme 44). Il a la particularité d'être organisé en deux pôles complémentaires coordonnés par un médecin psychiatre : une unité sanitaire à Angers, et une unité médico-sociale à St-Herblain (Centre interrégional d'études et de ressources sur l'autisme (CIERA) Bretagne-Pays de la Loire).

Le **Centre régional basse vision**, à Angers, constitue un lieu de diagnostic et d’évaluation approfondie des déficiences et des capacités visuelles restantes. Il peut également mettre en place un programme de rééducation adapté dans le but de favoriser l'autonomisation de la personne dans les actes de la vie quotidienne. Ce programme individuel peut être mis en œuvre par les 150 professionnels des Pays de la Loire réunis en réseau.

C) Les actions de prévention de l'exclusion

A retenir

Atouts :

- L'adaptation progressive de la prévention spécialisée aux nouveaux publics

- La qualité et la structuration du partenariat entre les opérateurs de prévention spécialisée, d'une part, et le Conseil général

- Le pilotage du dispositif peut s'appuyer sur des données d'activité relativement fines

Points d'amélioration :

- L'accroissement du nombre de préadolescents suivis pourrait faire l'objet d'une réflexion quant aux modalités et aux contenus des interventions

- Les modalités d'intervention de la prévention spécialisée dans les établissements scolaires doivent être clarifiées

- L'application de la loi 2002-2 aux équipes de prévention spécialisée est encore en chantier

1. Les actions de prévention spécialisée

La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance

Cette loi place le maire au cœur de la prévention de la délinquance. L'objectif est de lui permettre d'avoir une vue d'ensemble des problématiques que rencontrent ses administrés et d'agir le plus en amont possible. Le secret professionnel partagé doit permettre de réguler les échanges d'informations entre professionnels. Le maire est investi d'une nouvelle mission de coordination de l'action sociale dans la commune.

Les données scolaires

L'objectif est d'améliorer le suivi de l'obligation d'assiduité scolaire. Les informations peuvent être transmises par la Caisse d'Allocation Familiale, l'Inspecteur d'académie, le directeur de l'établissement scolaire.

Les nouvelles mesures

Le conseil pour les droits et devoirs des familles : Le maire préside le conseil pour les droits et devoirs des familles (CDDF) lorsque le conseil municipal décide de le créer. Le CDDF est

une instance composée, à l'initiative de la commune, des différents partenaires de l'action sociale, sanitaire et éducative.

Il a pour rôle :
- *d'entendre une famille, de l'informer de ses droits et devoirs envers l'enfant et de lui adresser des recommandations destinées à prévenir des comportements susceptibles de mettre l'enfant en danger ou de causer des troubles pour autrui*
- *d'examiner avec la famille les mesures d'aide à l'exercice de la fonction parentale susceptibles de lui être proposées, notamment un accompagnement parental.*

L'accompagnement parental

Cet accompagnement parental est un « suivi individualisé au travers d'actions de conseil et de soutien à la fonction éducative ». Il donne lieu à une consultation du Président du Conseil Général et à une information de l'Inspecteur d'académie, du chef d'établissement scolaire, de la CAF et du préfet.

L'aide à la gestion du budget familial

Le maire peut saisir, conjointement avec la CAF, le juge des enfants en vue de la mise en place d'une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial et proposer au magistrat de désigner le coordonnateur pour exercer la fonction de délégué aux prestations familiales. Les prestations familiales sont alors versées à une personne physique ou morale.

Les principaux enjeux de la loi à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du schéma :

- L'articulation avec les acteurs de la protection de l'enfance (équipes de prévention spécialisée, intervenants auprès des familles...)
- Le rôle du maire en matière de prévention de l'absentéisme et de la déscolarisation

Organisation et pilotage du dispositif

La prévention spécialisée est assurée dans le département par le service de l'ASEA 49 depuis 1973. Une convention quadripartite entre l'association, le conseil général, les communes (Angers, Cholet, Saumur, Trélazé) et les communautés de communes (Angers Loire Métropole, Saumur Loire Développement et Communauté d'agglomération du Choletais) a été signée en 2009 pour organiser les relations entre les différents acteurs.

Comme convenue dans la convention, le service de prévention spécialisée intervient sur 13 quartiers dans les communes d'Angers, de Trélazé, de Saumur et de Cholet ainsi que sur l'ensemble du territoire départemental en ce qui concerne les gens du voyage. Pour cela, le service dispose de 50,47 ETP dont 38 ETP d'éducateurs spécialisés au 31 décembre 2008. Le service est financé en grande majorité par le Conseil général (88%, soit 2,2 Millions d'Euros environ en 2008). La capacité du service a augmenté de 11% entre 2007 et 2008 : au 31 décembre 2008, le public accompagné s'élève à 2 724 personnes sur les quartiers (1 534 accompagnements éducatifs et 1 180 contacts), et 1 828 gens du voyage (+11%). Cette augmentation est significative sur les territoires de Cholet et de Saumur

(respectivement +52% et +34%), de par l'extension des territoires d'intervention. Trélazé et Angers connaissent une évolution plus modérée (+12% et +4%). Si avant 2005, la majorité des jeunes accompagnés avaient entre 19 et 25 ans, on constate depuis lors un renversement de cette tendance, avec une prédominance des 12-18 ans. Le profil des personnes accompagnées va nécessairement impacter les missions : le service doit aujourd'hui adapter les actions proposées au public spécifique des adolescents.

L'intervention de la prévention spécialisée s'articule autour de cinq axes : le soutien aux jeunes en difficulté dans leur parcours scolaire, aux jeunes en rupture ou en voie de rupture avec l'école, le soutien aux parents en difficulté dans la prise en charge éducative de leur(s) enfant(s), l'aide à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, la prévention des conduites à risques et le soutien aux initiatives visant à renforcer le lien social et à prévenir l'isolement.

Dans le cadre de ces missions, le service de prévention spécialisée a souhaité renforcer la présence sociale des éducateurs, à travers la participation à des actions collectives. Ainsi, les éducateurs sont aujourd'hui présents dans les animations collectives de quartier, de type fêtes de quartier. Par ailleurs, sont privilégiés les temps partagés autour du sport et des loisirs culturels (plus de 60 sorties en 2008), ou lors des temps de vacances scolaires (10 séjours en 2008). L'ensemble de ces actions est réalisé en étroit partenariat avec les acteurs des territoires : circonscriptions d'actions sociales, CAF ou encore structures d'animation. Enfin, six chantiers éducatifs ont été organisés à destination des jeunes en 2008.

La convention tripartite de 2009 a permis de créer des espaces de concertation et de coordination avec les partenaires à tous les échelons :

- Les groupes locaux de territoire (GLT) sont pilotés par les responsables de circonscriptions et réunissent les chefs de service de la prévention spécialisée, les villes, la CAF, l'Éducation nationale et les autres partenaires (qui peuvent être les bailleurs sociaux, les missions locales ou encore la PJJ). Ces groupes permettent de réaliser un diagnostic partagé du territoire d'intervention de la prévention spécialisée à partir duquel doit être élaboré un plan d'action territorialisé pour les deux ans à venir (« Plan d'Action de Territoire »). En plus des villes couvertes par l'intervention des services de la prévention spécialisée, un diagnostic a été réalisé fin de l'année 2008 sur le territoire les longs Boyaux.
- Le groupe technique départemental réunit des représentants techniciens des quatre villes et agglomérations concernées, du Conseil général, du service de prévention spécialisée et de l'Inspection d'académie. Il valide techniquement les plans d'action territorialisés et met en place des outils facilitant la réalisation des diagnostics de territoire.

La commission départementale de prévention spécialisée est l'instance de décision et de coordination entre les différents signataires de la convention. Elle évalue l'action de la prévention spécialisée et valide les plans d'action territorialisés.

Initiatives départementales et locales :

- Mise en place d'un atelier au sein d'un quartier, dans le but de fédérer les habitants autour de l'apprentissage du bricolage

- Expérimentation de la mise en place d'un camion itinérant dans un quartier d'Angers en faveur des gens du voyage, afin de favoriser la socialisation des moins de six ans. Cette action a été étendue en 2009 à trois autres territoires d'intervention (Cholet, Saumur, Vallée)

2. L'accompagnement social

Le travail de prévention est également réalisé par les professionnels au sein des circonscriptions d'action sociale. Ceux-ci sont amenés à intervenir à la fois auprès des familles (enfants et parents), mais également auprès des personnes isolées. Cette action de prévention peut ainsi être réalisée à travers des accompagnements financiers ou sociaux, qu'ils soient individuels ou collectifs. Ces missions s'apparentent pleinement à un travail de prévention auprès de l'ensemble des publics.

D) La prévention des actions de conduite à risque

A retenir

Atouts :

- La diversité des réseaux bénéficiant du soutien du Conseil général
- Un rôle moteur du CG dans la constitution de certains réseaux
- Le développement de deux pôles Santé
- L'implication de la prévention spécialisée
- Un développement spécifique au sein du PDI

Points d'amélioration :

- Une dispersion des actions et des financements sur le territoire

La notion même de « conduites à risque » doit être interrogée : il semble s'agir à la fois d'une conduite qui présente des risques pour le bien-être physique et/ou mental, mais également d'un état conscient des conséquences négatives que son comportement est de nature à induire. Si l'État reste le pilote de la mise en œuvre des actions de prévention en matière de conduites à risque (au niveau de la Région), le Conseil général contribue à plusieurs chefs au soutien des actions de santé.

Les actions de conduite à risque recouvrent pour une grande part les addictions, qu'il s'agisse de tabac, drogue ou encore alcool, mais également les addictions comportementales (troubles de conduites alimentaires, vitesse excessive sur les routes, prises de risque en ce qui concerne la sexualité, …).

- L'élaboration de plans régionaux a permis de poser la prévention des conduites à risque comme une priorité :

Le **Plan régional de santé publique 2006-2009** : « Bien naître, bien grandir, bien vivre sa vie d'adulte » a préconisé le développement des actions de lutte contre les conduites addictives, sous quelle que forme que ce soit (actions d'information et d'éducation, ou encore d'accompagnement).

Le **SROS 2007-2010** comporte également un volet addictologie, permettant de travailler cette question avec l'ensemble des partenaires du secteur sanitaire.

Enfin, en 2009, le **Schéma régional médico-social addictologie 2009-2012** a été adopté. Ce schéma, premier en la matière, traduit la volonté de faire de cet axe une priorité. Il fait écho au Plan national 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions, qui souhaite permettre l'apport d'une réponse globale intégrant des aspects sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Le conseil général intervient à plusieurs titres au bénéfice de la mise en place d'actions de prévention.

- Tout d'abord, il participe financièrement à la vie des **instances et réseaux départementaux**.

Ainsi, l'IREPS Pays-de-la-Loire / Pôle Maine-et-Loire (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé), qui a remplacé le CODES en novembre 2009, propose des activités de formation, d'accompagnement de projets ou encore d'intervention auprès des publics, qui sont en lien avec des thématiques concernant la nutrition, la vie affective et sexuelle, les addictions, … cette instance dispose de trois antennes à Cholet, Saumur et Segré.

Par ailleurs, des réseaux de santé soutenus par le Conseil général ont été développés sur le territoire, en faveur des publics fragiles. Le Réseau des Acteurs en addictologie du Maine-et-Loire (RESAAD) s'est ainsi constitué en 2009 par la fusion de trois réseaux pré-existants, permettant d'affirmer la volonté d'un travail partenarial étroit, tout en s'appuyant sur 3 comités de pilotage locaux. Il a pour mission de développer le partenariat et d'améliorer les pratiques de collaboration, afin de garantir une meilleure prise en charge de l'usager. Le Réseau Souffrance Psychique et Précarité Angevin (RESPPA) apparaît également comme un acteur local important de la prévention des actions de conduite à risque auprès des publics fragilisés.

Le Conseil général soutient également financièrement des associations œuvrant dans le champ médico-social et qui mènent des actions de prévention auprès de l'ensemble de la population départementale (par exemple, ALIA association ligérienne d'addictologie, association d'anciens malades, Médecins du monde, ORS, …).

- Le Conseil général a développé **trois Pôles santé**

Ces pôles, localisés à Angers, à Cholet et Saumur, permettent par ailleurs de réunir en un même lieu les consultations des CPEF (planification familiale), les centres de lutte antituberculeuse et de vaccination et des consultations de tabaccologie (Angers seulement).

- Le service de **prévention spécialisée** conduit des actions en matière de prévention des conduites à risque.

Les jeunes vont développer des comportements dits « à risque » notamment lors de l'adolescence. Ces comportements sont pluriels et vont toucher la sexualité, la consommation de produits addictifs, les conduites dangereuses sur les routes… Les professionnels de la prévention spécialisée sont alors des acteurs privilégiés par le travail de proximité qu'ils effectuent auprès des jeunes. Ils peuvent ainsi intervenir tant lors de leur « travail de rue », que lors de leur participation à des manifestations à caractère festif. Des actions collectives sont également organisées sur des thèmes divers.

Le rôle de la prévention spécialisée dans le cadre de ces actions de prévention des conduites à risque, à travers notamment l'accès aux soins des jeunes en grande difficulté a été renforcé et formalisé dans la convention entre l'ASEA et ses financeurs. Ce renforcement s'est réalisé suite à la priorité affichée du Conseil général de faire de la prévention des actions de conduite un axe du schéma enfance/famille 2005-2010. Dans ce cadre, le département a développé l'amélioration de l'offre de soins pour adolescents, à la fois en milieu urbain mais également dans le rural.

- Deux axes du **Plan départemental de l'Insertion 2010-2012** du Maine-et-Loire sont consacrés à cette thématique santé

Ainsi, le Conseil général souhaite « favoriser une meilleure prise en compte des problématiques de santé pour les personnes en Chantier d'Insertion ». Dans ce cadre, une journée d'échange sur le thème de l'alimentation a été proposée aux professionnels des chantiers d'insertion en mai 2009, en collaboration avec l'IREPS, afin de développer des modalités d'intervention nouvelles auprès des salariés en insertion. Une formation doit être proposée en 2010, sur le thème de l'hygiène corporelle.

Par ailleurs, le PDI met en avant la volonté du Conseil général de développer les liens avec le RESAAD, et de participer à partir des comités locaux aux actions réalisées sur le territoire.

- Un certain nombre d'actions vont être développées par la **politique de la ville**, notamment par le biais du Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) dont le Conseil général est un des financeurs.

Ainsi, les trois CUCS comportent un axe santé, permettant de financer des actions de prévention sur les territoires concernés. Dans ce cadre, le dispositif Atelier Santé ville a été mis en place, dont l'objectif est de mieux connaître et identifier les besoins de la population résidant sur un territoire prioritaire. Des collectifs santé ont également été développés sur les territoires d'Angers et de Trélazé (animés respectivement par la Direction Santé publique de la ville d'Angers et par le CCAS de Trélazé), afin de constituer des instances de réflexion entre les acteurs du champ de la santé et du social.

Le bilan du CUCS 2007-2009 souligne la nécessité d'engager un travail de priorisation des objectifs en matière de santé publique. En effet, on constate un émiettement des actions de santé sur le territoire, entre l'ensemble des intervenants.

Initiatives départementales et locales :

La ville d'Angers a mis en place une Direction Santé publique en 2005, qui met en œuvre quatre missions : prévention, éducation et promotion de la Santé ; souffrance psychique et précarité ; risques sanitaires ; handicap.

En 2009, à la demande de l'infirmière d'un lycée d'Angers, et en partenariat avec une éducatrice de l'ASEA, l'infirmière de REVIH 49 et l'infirmière de la direction Santé Publique, des ateliers sur la réduction des risques liés à la sexualité ont été proposé pour 3 classes de seconde dans le cadre d'une semaine « engagement citoyen ».

Le Groupe Cocktail, constitué de professionnels du secteur sanitaire et social, de malades alcooliques stabilisés et d'habitants de Belle Beille réalise des actions de prévention du risque alcool au sein du quartier

Mise en place d'une équipe mobile de prévention et de réduction des risques lors des soirées dans le centre-ville d'Angers fin de l'année 2008

La notion de prévention des risques comprend par ailleurs l'ensemble des problématiques afférentes à la prévention du vieillissement et à la perte d'autonomie. Ainsi, la prévention des chutes chez les personnes âgées est de nature à retarder la dépendance. Le Conseil général n'a développé directement qu'une seule action en ce sens. Il cofinance une action avec le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, dans le but de réaliser une étude sur la prévention des chutes pour les personnes présentant des troubles Alzheimer et apparentés.

Plus largement, les actions de prévention des chutes ont été formalisées par la mise en place des conventions tripartites, dans le cadre de « Protocoles chutes ».

Initiatives départementales et locales :

Le groupe associatif Siel Bleu propose des programmes utilisant l'Activité Physique Adaptée (APA) comme outil de prévention santé, ayant pour but de prévenir les effets néfastes du vieillissement tels que la dépendance et l'isolement. Les différents pôles de Siel Bleu ont développé des programmes destinés à différents publics comme les jeunes retraités, les personnes âgées à domicile ou en établissement, les personnes handicapés et les personnes atteintes de maladies chroniques ou de pathologies lourdes.

E) Les actions de bientraitance

A retenir

Atouts :

- La présence de l'association ALMA Anjou, financée par le Conseil général

- La sensibilisation importante des structures du département à une réflexion et une formation sur la bientraitance

- Une anticipation de la loi du 5 mars 2007 par la mise en place de la PAPED

- Une prise en charge complète et centralisée des mineurs en cas de suspicion d'abus sexuel

Points d'amélioration :

- L'absence de réunions mutualisées

- Pas de message fort de la part du Conseil général à l'égard des établissements et services, toute structure confondue

- La nécessité de mieux informer les partenaires sur les procédures à suivre en cas de révélation de suspicion d'abus sexuel sur mineur

Les exigences en termes de qualité de vie constituent la clé de voûte du dispositif de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. La prise de conscience du problème de la maltraitance a d'abord concerné les violences exercées à l'encontre des enfants, des femmes et, plus récemment, des publics handicapés et âgés. Ce n'est qu'en novembre 1987, au Conseil de l'Europe, qu'une commission a réfléchi sur « les violences au sein de la famille ».

1. Les publics handicapés et âgés

Des réflexions ont été conduites dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées et handicapées, qu'il s'agisse d'une maltraitance subie lors de l'accompagnement au sein d'un établissement, ou d'actes réalisés par l'entourage familial. Les formes de maltraitance peuvent être diverses.

Le **réseau national d'écoute et de prévention ALMA** constitue en France la principale source d'information et de coordination autour de cette problématique. Par ailleurs, la préoccupation des pouvoirs publics a été réaffirmée dans un plan d'action présenté en mars 2007 : « Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance ». Ce plan a été mis en place l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), et a permis de définir trois priorités : la mise en place d'une démarche d'auto-évaluation au sein des établissements, la réalisation d'un travail de réflexion auprès des professionnels (soutien psychologique, formation, renforcement des effectifs, ...), et la poursuite de l'amélioration du cadre de vie des résidents dont la réflexion s'est engagée suite au plan de modernisation et d'humanisation des maisons de retraite et établissements pour personnes handicapées, lancé en 2006, et reconduit en 2007. Dans la continuité de ce plan, une circulaire d'octobre 2008 a eu pour objet de préciser les établissements cibles et les modes simplifiés d'intervention, tout en renforçant les actions de prévention au sein des structures.

La **démarche d'amélioration continue de la qualité** est une préoccupation qui a émergé il y a un peu plus de dix ans en ce qui concerne les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le décret du 26 avril 1999 réformant la tarification des EHPAD a introduit une exigence de qualité, avec la formalisation systématique des démarches d'évaluation dans le cadre de conventions tripartites établies entre l'établissement, l'autorité compétente pour l'Assurance maladie et le Conseil général du département auquel l'établissement appartient. Cette démarche vise à impulser une dynamique de contrôle et d'amélioration continue de la qualité, centrée sur la personne âgée

et répondant à ses attentes et besoins. Ainsi, à la fin de la convention, des professionnels de la DDASS et du Conseil général se rendent au sein de l'EHPAD pour contrôler la qualité de l'établissement. Le travail des équipes se fonde notamment sur les Initiatives départementales et locales et recommandations développées par l'ANESM, qui permettent ainsi de poser un cadre à l'ensemble des professionnels.

Par ailleurs, la **loi de 2002-2** a conduit à une réflexion globale concernant la qualité de vie, en établissement notamment. L'enquête réalisée auprès des Établissements pour personnes âgées et handicapées du département de Maine-et-Loire[5] confirme le travail réalisé en faveur de la bientraitance. Ainsi, 92% des EHPAD du département de Maine-et-Loire, ayant répondu à l'enquête dans le cadre du schéma ont indiqué avoir organisé des actions de sensibilisation aux problématiques de la maltraitance, sous forme de réunions de groupes de paroles entre professionnels, ou d'actions de formation. Mais ils ne sont que 41% à avoir mis en place un dispositif d'alerte des situations de risque de maltraitance.

Si les établissements pour adultes handicapés ne se sont pas saisis de cette question avec la même intensité, 71% des structures répondantes ont cependant mis en place de telles actions à l'égard des professionnels des structures.

Par ailleurs, les instances participatives tel le Conseil de la Vie sociale peuvent être des gages de suivi de contrôle de la qualité. La grande majorité des établissements du département en dispose (100% des EHPAD interrogés et 82% des établissements pour adultes handicapés).

Ce travail a été soutenu par le Conseil général, qui a mis l'accent sur la prévention de la bientraitance dans le cadre du précédent schéma gérontologique 2008/2010.

Enfin, un protocole spécifique au département est entré en application au 15 février 2009. Ce dispositif conjoint à la DDASS et à la DGA-DSS formalise la **procédure de gestion des plaintes à l'égard d'un établissement ou service sanitaire, social ou médico-social adressés à la DDASS**, et a pour triple objet de garantir un traitement exhaustif et harmonisé des plaintes ; d'en assurer la traçabilité ; et enfin d'être en mesure d'établir un bilan quantitatif et qualitatif des plaintes reçues et de leur traitement.

Initiatives départementales et locales :

L'association ALMA de Maine-et-Loire intervient à la demande des élus ou des associations, sur des actions de sensibilisation et de formation à destination des professionnels, en ce qui concerne la lutte contre la maltraitance

La DDASS de Maine-et-Loire a organisé les Assises de la bientraitance en septembre 2009, réunissant les professionnels du service à domicile ainsi que les intervenants en établissements.

[5] Enquête auprès des EHPAD du département, 31% de répondants, Mars 2010

2. Les mineurs victimes d'abus sexuels – la maltraitance sexuelle

Organisation et pilotage du dispositif

En décembre 2004, une cellule vigilance pédophilie est créée, avec pour objectif de faciliter l'échange entre les services judiciaires et les travailleurs sociaux. Il s'agissait d'aménager le secret professionnel afin de prévenir les situations à risques, notamment sur le champ de la délinquance sexuelle.

En juin 2005, la **Permanence d'accueil pédiatrique de l'enfance en danger** (PAPED) a été créée au sein du CHU d'Angers, pour permettre l'audition des mineurs victimes de violences sexuelles et autres maltraitances.
Le projet est né de la volonté de structurer la prise en charge de la maltraitance au sein du CHU d'Angers ; le soutien de l'Association La Voix De l'Enfant permettra de financer un lieu d'audition, permanence d'accueil pour les enfants en danger. Par la suite, un grand nombre d'acteurs se sont impliqués, qu'il s'agisse des services hospitaliers, mais également des acteurs externes : parquet du TGI, brigade des mineurs, gendarmerie, Conseil général, CPAM, DDASS, ARH. Une convention de création et un protocole de fonctionnement ont été signés en 2005 entre l'ensemble des partenaires.

Cette salle est mise à disposition de la gendarmerie et de la police. En 2008, 318 mineurs ont été auditionnés à la PAPED du CHU d'Angers dont les deux tiers par la brigade de prévention de la délinquance juvénile de la gendarmerie du Maine-et-Loire. En outre, une salle d'examen du service des urgences pédiatriques est mise à disposition de la médecine légale lorsque cela s'avère nécessaire. La localisation de cette salle d'audition au CHU d'Angers permet à chaque intervenant de se concentrer sur sa mission : les enquêteurs recueillent la parole de l'enfant, le personnel du CHU prend en charge l'accompagnement médical et le service social de l'hôpital en lien avec les services du Conseil général qui prépare l'accompagnement social de la famille si nécessaire.
Par ailleurs, la **première Salle d'Audition Protégée en France** a été mise en place en 2009 au Tribunal de Grande Instance d'Angers. Cette initiative, qui a pour objectif de toujours mieux recueillir la parole de l'enfant, permet aux magistrats, notamment les juges d'Instruction, de disposer au sein du tribunal, d'un espace spécialement aménagé pour organiser auditions et confrontations, impliquant des enfants.

L'administrateur ad hoc joue également un rôle dans l'accompagnement des enfants victimes. Ainsi, lorsque les parents ne sont pas en mesure de représenter leur enfant victime en justice, un magistrat nomme un administrateur ad hoc. Celui-ci a pour mission à la fois de représenter l'enfant, mais également de l'accompagner dans l'ensemble de la procédure (information de l'enfant, explication de la procédure judiciaire, …). Le Conseil général de Maine-et-Loire a édicté un « Guide pour la construction du rapport de fin de mesure », qui pose un cadre à la construction du rapport que l'administrateur ad hoc doit transmettre à l'autorité qui l'a désigné, et permet d'affirmer la nécessité de prendre en compte les deux aspects de l'accompagnement –juridique et humain– lors de la réalisation de la mission.
Enfin, suite à l'affaire de pédophilie d'Angers, de nombreuses institutions du département (Justice, Conseil général, Éducation Nationale, DDASS) ont souhaité voir la réalisation d'une étude afin de comprendre le phénomène vécu et d'interroger les pratiques. Cette étude,

remise en septembre 2007, a été réalisée par l'Institut de criminologie et sciences humaines de Rennes (ICSH), et a permis de poser un certain nombre de préconisations relatives notamment aux pratiques professionnelles. Les préconisations sont actuellement travaillées au sein de groupes de travail par l'ensemble des acteurs concernés du département.

Le Conseil général soutient également financièrement l'Association d'aide aux victimes d'abus sexuels (AAVAS) à Angers.

Chapitre II : L'accompagnement à domicile

II. L'accompagnement à domicile

Présentation

Tous les dispositifs sociaux et médico-sociaux sont traversés depuis quelques années par de nouvelles orientations visant à maintenir/soutenir la personne au sein de son domicile.

Plusieurs principes président à cette action. Sans prétention à l'exhaustivité, on relèvera : la volonté de respecter le choix de la personne, l'importance de la maintenir dans l'environnement où elle a toujours vécu, le souhait de ne pas briser les liens familiaux et sociaux.

Quelle que soit la situation rencontrée, la responsabilité du Conseil général, et celle de ses partenaires, appelle une vigilance quant à la qualité des interventions et interroge de manière permanente les professionnels qui orientent et encadrent cet accompagnement. Puisqu'il se fait « en pointillé », chacun doit être sûr que les conditions sont par ailleurs requises pour que le maintien à domicile ne représente ni une solution par défaut, ni un risque de dégradation de la situation.

C'est ici toute la question de la limite de l'accompagnement à domicile qui est posée. Il reviendra au schéma de poser un cadre commun et cohérent à cette interrogation.

Si certaines actions sont ciblées (les actions d'AED/AEMO – le dispositif des TISF, l'accompagnement à domicile des personnes âgées, l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap), d'autres en revanche sont plus diffuses (le travail auprès du public en insertion ; le travail auprès des jeunes via le dispositif FAJE), d'autres encore pourraient participer autant de la prévention que de l'accompagnement. Toutefois, par leur caractère souvent ponctuel mais continu, elles doivent toutes viser à :

- Faciliter le développement de la personne dans un environnement protégé (dans et hors son logement) et subvenir à ses besoins pour demeurer dans un domicile
- S'assurer de l'existence et de la complémentarité des services concourant à ce maintien
- S'assurer de la qualification des professionnels intervenant
- Organiser la continuité de la prise en charge, y compris par des allers/retours en structures si nécessaire

L'évaluation de l'accompagnement à domicile se fera donc d'une part à l'aune de l'adéquation des réponses aux besoins, d'autre part à celle de la qualité des prestations.

A) Les actions à domicile dans le cadre de la protection de l'enfance

A retenir

Atouts :

- La mise en place d'un dispositif innovant permettant la réalisation de mesures d'AEMO renforcées (le DISMO)

- Le développement des visites en présence d'un tiers (TISF)

- La mise en place d'un cadre commun lors de la signature des conventions d'objectifs et de moyens (avec les TISF)

Points d'amélioration :

- Les efforts réalisés depuis le schéma 2005-2010 dans le sens de la contractualisation des actions éducatives apparaissent encore faibles

- Le circuit entre AEMO et IED pourrait être amélioré

- La diversification des mesures administratives

- Les modalités de mise en œuvre des mesures d'IED sont perfectibles

- Les critères de recours au DISMO doivent être formalisés de manière à favoriser la montée en charge du dispositif

- Les liens entre les TISF et référent ASE doivent être renforcés

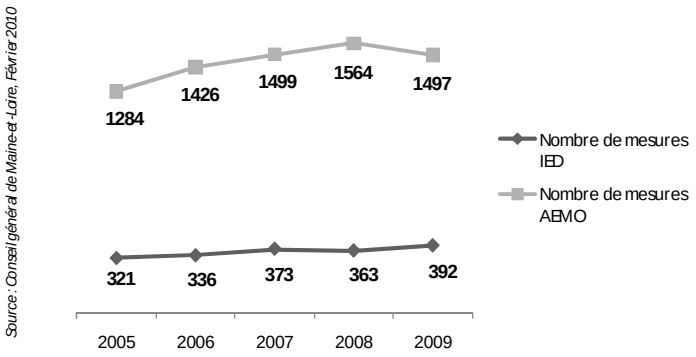
1. Les Interventions Éducatives à Domicile (IED) et les Actions Éducatives en Milieu Ouvert (AEMO)

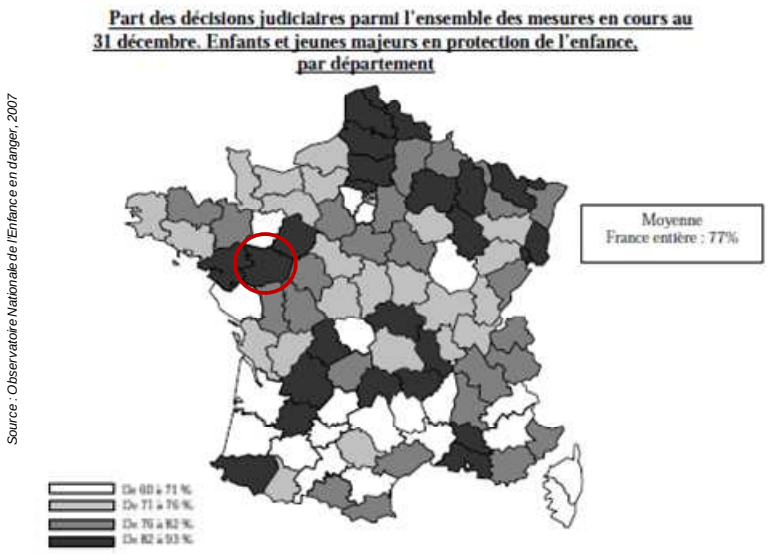
Organisation et pilotage du dispositif

Le département a fait le choix d'une gestion interne des IED, effectuées par les référents ASE présents dans les circonscriptions, et d'un recours à des associations pour la mise en œuvre des AEMO. Les mesures d'AEMO sont majoritairement effectuées par le SAEMO, service de l'association ASEA 49. 14 mesures d'AEMO étaient encore effectuées par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) en 2009, mais ont progressivement été prises en

charge par le service de l'ASE du fait du recentrage de la PJJ sur le volet pénal de la prise en charge des mineurs.

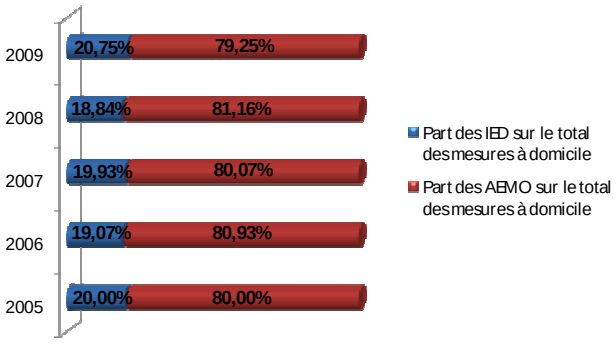
Les mesures d'AEMO ont augmenté de 21,8% entre 2005 et 2008 alors que sur la même période les IED ont augmenté seulement de 13,08%.



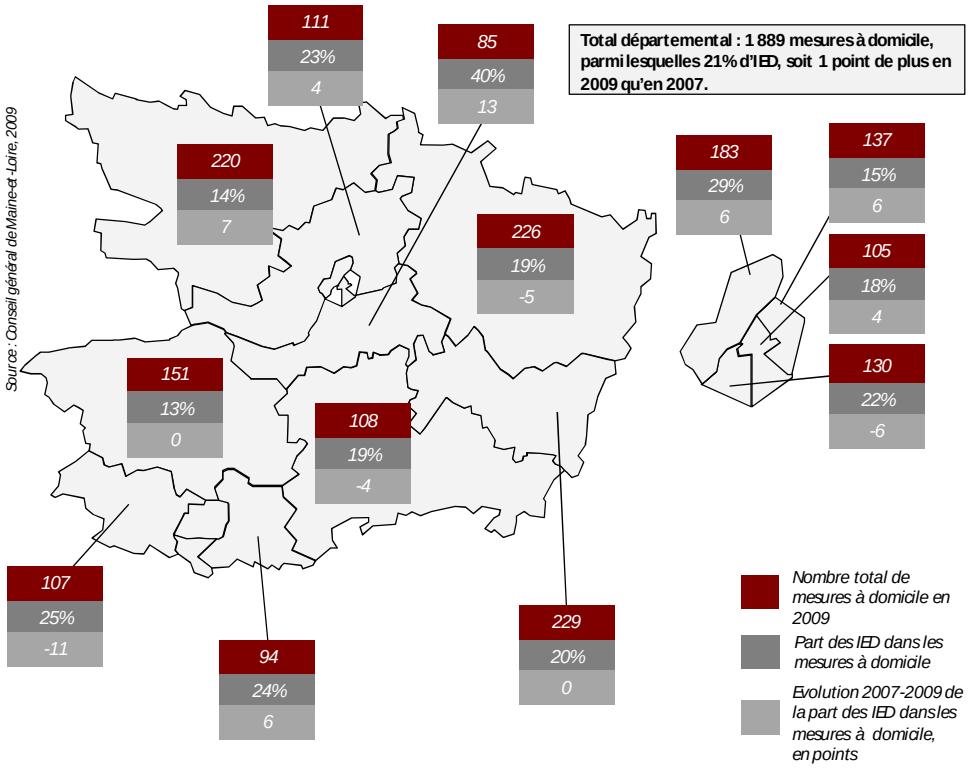

Part des décisions judiciaires parmi l'ensemble des mesures en cours au 31 décembre. Enfants et jeunes majeurs en protection de l'enfance, par département
Source : Observatoire Nationale de l'Enfance en danger, 2007
Moyenne France entière : 77%

Le département se caractérise par une **faible judiciarisation,** qu'il s'agisse des mesures génératrices de placement, tout comme des mesures administratives. Ainsi, au 31 décembre 2005, les mesures judiciaires représentent entre 82 et 93% de l'ensemble des mesures du Maine-et-Loire (qui se situe dans le quart des départements présentant le taux de contractualisation le moins élevé).

En 2009, les IED représentaient 20,75% de l'ensemble des mesures, contre une moyenne nationale de 24,45% au 31.12.2006[1]. On constate ainsi **une faible part de l'administratif** en ce qui concerne les mesures à domicile, malgré une augmentation de 2 points par rapport à 2008 (18,84% des mesures sont administratives).



Au total, **1 889 mesures à domicile** ont été réalisées en 2009. On constate de fortes disparités entre les territoires : la part de contractualisation des mesures varie ainsi de 13% à 40% selon les circonscriptions d'action sociale concernées. Cette hétérogénéité est liée aux spécificités du public sur un territoire donné, ainsi qu'aux pratiques professionnelles.



- Les interventions éducatives à domicile

Le travail portant sur l'adhésion des familles à la mesure d'IED est réalisé par le service social qui oriente la famille vers cette mesure, après une évaluation.

Les mesures d'IED sont ensuite réalisées par **des agents du Conseil Général**, à partir du territoire de 13 circonscriptions d'action sociale et ont une durée de 6 mois, renouvelable trois fois. **En 2009,** on compte **392 mesures d'IED en 2009**, soit une évolution de + 8% par rapport à 2008 (363 mesures).

Le département a mis en place un document de cadrage sous forme d'un « Cahier technique », permettant de proposer une approche réglementaire, technique et méthodologique dans la mise en œuvre de la mesure.

La diversification des mesures administratives pourrait être renforcée

Suite à la loi du 5 mars 2007, la ligne de partage entre la protection administrative et la protection judiciaire n'est plus (sauf danger avéré) la nature de la situation, mais la capacité ou non du Conseil général à enclencher des mesures contractuelles. Des situations de danger (et non plus seulement de « risque de danger ») peuvent donc faire l'objet d'une IED,

à la condition que les parents demandent et/ou acceptent la mise en œuvre de la mesure. Comme pour les AEMO, le public des IED est susceptible de changer, générant potentiellement un durcissement des situations. C'est pourquoi l'absence d'IED renforcées, sur le modèle des prestations du DISMO, paraît problématique au regard des évolutions constatées et anticipées.

La diversification des mesures contractuelles pourrait également prendre la forme de mesures plus « légères », à visée évaluative, sur les modèles des mesures judiciaires d'investigation (IOE, ES…). Ceci pour deux raisons : le dispositif interne d'évaluation des situations paraît perfectible et gagnerait à s'appuyer sur des mesures améliorant la qualité des informations recueillies sur les jeunes et les familles ; certaines situations familiales appellent un accompagnement, sans qu'il soit néanmoins nécessaire de recourir au cadre juridique de l'IED. Ces mesures allégées permettraient également de « régulariser » les interventions à la charnière de l'évaluation et de l'accompagnement éducatif.

Les modalités de mise en œuvre des mesures d'IED sont perfectibles

Deux points d'achoppement peuvent être soulevés : concernant la mise en œuvre des mesures ; concernant le suivi de ces dernières.

En premier lieu, le délai de mise en œuvre de mesures apparaît long. Les acteurs ont également mentionné des difficultés liées à la réalisation, par un même professionnel, de suivis judiciaires (suivi des placements) et de suivis administratifs (dont le contenu est très spécifique). Ainsi, la priorité n'est actuellement pas donnée à ce type d'accompagnement (avec l'accent porté sur le suivi des placements), Enfin, le « turn-over » des référents ASE peut être de nature à impacter la qualité du suivi de l'enfant.

En second lieu, les professionnels (référents ASE et éducateurs de prévention) semblent, par manque de temps, ne pas pouvoir assurer un suivi étroit des enfants : les visites sont irrégulières et de manière générale n'apparaissent pas réalisées assez fréquemment. Par ailleurs, les objectifs de la mesure ne sont pas posés de manière claire : ainsi, le rapport d'évaluation de l'assistant social va poser un cadre d'accompagnement, qui sera formalisé par la contractualisation entre les parents et l'Inspecteur de groupement du département (et qui peut parfois déjà différer du rapport d'évaluation de département), que le référent ASE s'approprie par la suite, sans respecter nécessairement le cadre de départ. De ce fait, la réalisation de l'évaluation de la mesure IED n'en est rendue que plus complexe.

Une réflexion sur la réalisation des IED est actuellement en cours au sein du Conseil général, et doit nécessairement être intégrée dans le cadre du schéma.

- Les actions éducatives en milieu ouvert

Le **Service d'AEMO (SAEMO),** qui dispose d'une capacité de 864 mesures, a connu une montée en charge très forte (capacité de 500 mesures en 2005). Il a suivi au total 1 358 jeunes sur l'année 2008 ; on comptait 834 présents au 31 décembre 2008, et 524 sorties dans l'année. La mise en place du DISMO a permis au SAEMO de faire baisser son activité (878 présents au 1er janvier contre 834 au 31 décembre, et 1 473 jeunes suivis sur l'année 2007, contre 1 358 en 2008, soit une diminution de 8%), permettant ainsi de faire

correspondre la capacité installée (848 mesures par an) avec l'activité réalisée (855 mesures en moyenne). Le service a également connu une forte diminution du nombre de mesures en attente (110 mesures en moyenne sur l'année 2008, contre 34 en moyenne au 1er trimestre 2009). Enfin, on observe depuis 2007 une diminution de la durée des mesures, avec 75,1% de mesures comprises entre 1 jour et 2 ans en 2008, contre 63,5% en 2007[6].

Avec 30 ETP de personnel d'Éducation, on compte 28 dossiers suivis en moyenne par ces professionnels (soit environ 3 dossiers de plus que la moyenne nationale). Il n'existe pas aujourd'hui de médiateur au sein du service, alors même que cette modalité est prévue par la loi de 2002.

Le budget départemental consacré au SAEMO s'élève à 3.010.905 euros en 2009, soit une baisse de 15% en un an (mais avec l'ajout d'un budget consacré au DISMO. Un audit est actuellement en cours suite au constat d'un différentiel de coût important des mesures entre le SAEMO départemental et les services réalisant des AEMO dans d'autres départements (avec un prix de journée moyen de 10,53 euros, contre 8,31 pour la Loire-Atlantique par exemple).

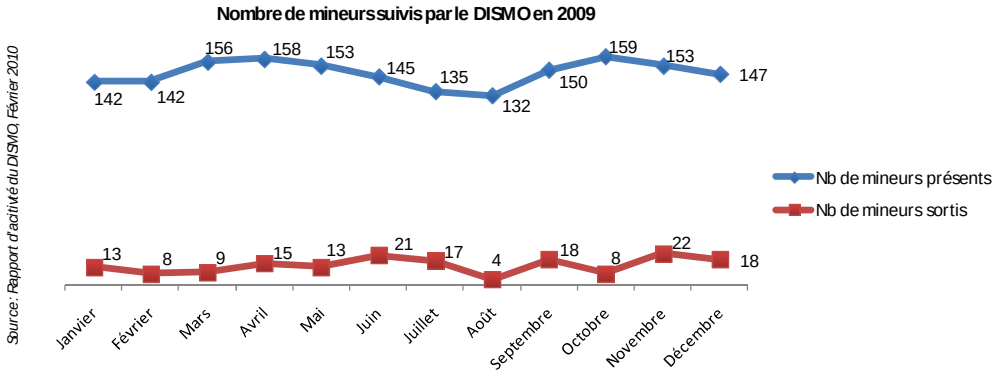
Enfin, la qualité de l'intervention du SAEMO a été travaillée dans plusieurs cadres. La Convention d'objectif signée pour trois ans avec le Conseil général en 2007 a permis de définir quatre types d'intervention : les rencontres à domicile, au service, dans un lieu neutre ou par téléphone. **Le contenu du rapport circonstancié** (obligation posée par la loi du 5 mars 2007) **est actuellement travaillé** entre le SAEMO, le service de l'ASE, et trois circonscriptions du département (Segré, les Mauges et Angers Sud). Enfin, depuis septembre 2009, le délai entre la prise de décision et la date de mise en œuvre de la mesure n'excède pas un mois grâce à la mise en place du DISMO et un travail réalisé avec le juge.

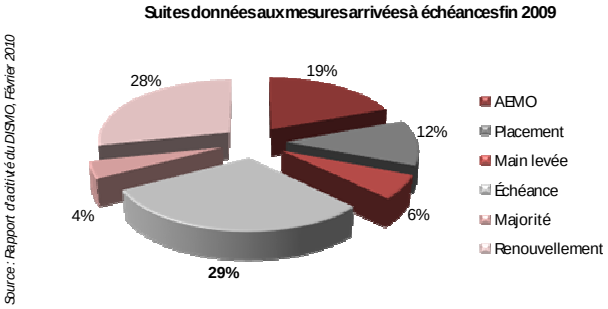
Par ailleurs, le département a mis en place un dispositif innovant permettant la réalisation de mesures d'AEMO renforcées : le **dispositif spécifique en milieu ouvert (DISMO)**, disposant d'une capacité de 150 mesures et dont le budget départemental s'élève à 1.425.506 euros.

Ce dispositif a été initié suite à un appel à projet du Conseil général lancé en 2007, dans le cadre des orientations posées par le schéma 2005-2010, qui souhaitait renforcer les possibilités d'aide à domicile et développer la capacité d'intervention en milieu ouvert. Le service comprend 21,5 ETP, dont 16 ETP de professionnels socio-éducatifs et 1 ETP de psychologue et sociologue. L'activité, débutée en janvier 2008, a permis le suivi de 172 enfants. Par ailleurs, 69% des mesures sont conduit à l'intervention de 2 travailleurs sociaux, et 21% ont mobilisé plus de 2 travailleurs sociaux. 119 familles ont été concernées, soit 1,45 enfants par famille. La volonté du Conseil général était de faire travailler le DISMO avec des jeunes en grande difficulté (45% du public effectivement accompagné aujourd'hui), pour lesquels les mesures d'accompagnement classique ont échoué ou comme alternative au placement. Il s'agit d'un accompagnement qui se veut différent du SAEMO : de court terme (prescrit majoritairement pour moins d'un an, avec une moyenne de neuf mois indiquée dans le rapport d'activité 2008) et conduisant à l'intervention simultanée de plusieurs professionnels complémentaires dans la famille, avec *a minima* une intervention par semaine

[6] Rapport d'activité du SAEMO, 2009

au domicile. Par ailleurs, si l'objectif initialement poursuivi était l'accompagnement d'adolescents, le dispositif a été amené à prendre en charge un public beaucoup plus large (avec 63% des enfants âgés de moins de 13 ans). Les personnes orientées l'ont été majoritairement suite à des alternatives de placement, ou encore des aggravations de situations. Sur l'année 2009, le DISMO a suivi en moyenne chaque mois 148 enfants.





Par ailleurs, 166 enfants sont sortis du dispositif : 14 pour une mainlevée, et 67 dont la mesure arrivée à échéance n'a pas été poursuivie. 10 ont atteint la majorité, et 70 ont trouvé une place au sein des autres dispositifs (43 en sein du SAEMO et 27 en placement). Enfin, 63 mesures ont donné lieu à un renouvellement de la mesure administrative renforcée, soit 28%.

La diversification des mesures judiciaires, constitue un enjeu clé pour les dispositifs de protection de l'enfance, est effective dans le Maine-et-Loire, à travers le DISMO qui met en œuvre des « AEMO renforcées ».

Deux facteurs principaux impactent le profil des jeunes suivis en AEMO, et nécessitent donc une reconfiguration du contenu des mesures :

- En premier lieu, la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007, en rationalisant les systèmes de recueil et de traitement et en favorisant les mesures contractuelles, tend à reculer le moment du « basculement » des situations vers le circuit judiciaire. La logique de la loi étant en effet de recourir aux mesures judiciaires une fois que les accompagnements contractuels ont fait montre de leur insuffisance. Ceci explique partiellement l'impression de « durcissement » des jeunes pris en charge dans un cadre judiciaire (à travers une AEMO par exemple), ressentie par les professionnels de l'enfance.
- En second lieu, le recentrage de la PJJ sur l'aide à la décision judiciaire et sur les mesures pénales induit une évolution majeure du dispositif. Les AEMO au civil (c'est le cas dans le Maine-et-Loire) autrefois prises en charge par la PJJ (il s'agissait souvent de « profils difficiles », à la charnière de dispositifs de prévention de la

délinquance) sont désormais mises en œuvre par les associations conventionnées par le Conseil général.

Ces deux facteurs appellent donc (à court et à moyen terme) une diversification de l'offre de mesures à domicile, de manière à proposer des contenus adaptés aux profils et aux problématiques des jeunes. La mise en place d'AEMO renforcées, telles que mises en œuvre dans le Maine-et-Loire par le DISMO à l'attention de jeunes en grande difficulté, apparaît donc comme pleinement adaptée aux évolutions.

Les critères de recours au DISMO doivent être formalisés de manière à favoriser la montée en charge du dispositif et à positionner le DISMO comme composante d'une palette globale de réponses

Comme tous les dispositifs innovants, le DISMO doit progressivement trouver sa place dans le système de prévention et de protection de l'enfance. Il s'agit notamment de mieux formaliser avec les partenaires, en particulier la justice, à partir du cahier des charges de l'appel d'offre, les situations dans lesquelles il apparaît opportun de recourir au DISMO, lui permettant ainsi d'être identifié par l'ensemble des institutions. L'objectif étant de positionner le DISMO comme composante d'une palette de réponses, activées à l'aune des profils et des problématiques des jeunes.

- Coordination du dispositif

Les efforts réalisés depuis le schéma 2005-2010 dans le sens de la **contractualisation des actions éducatives** apparaissent encore faibles. Il apparaît également **qu'une partie des actions éducatives judiciaires mises en œuvre pourrait passer par le circuit administratif**. Les acteurs départementaux identifient à ce titre deux facteurs de résistance :

- En premier lieu, il semble que l'équipement départemental ne soit pas suffisant pour admettre l'ensemble des mesures nécessitant une action éducative administrative. Ainsi, un certain nombre d'IED sont en attente du fait de l'impossibilité pour les professionnels d'assurer les mesures. Il est donc indispensable de développer les mesures de prévention en repensant les modalités pratiques de mises en œuvre.
- En second lieu, l'organisation départementale est de nature à engendrer des difficultés dans la transition entre AEMO et IED, avec un dispositif conduit d'un côté par une association, et de l'autre en interne au niveau du Département.

Initiatives départementales et locales :

Mise en place d'une Instance de coordination en milieu ouvert, réunissant la DGA-DSS, la PJJ, le SAEMO (ASEA 49) et le DISMO (Sauvegarde 72), instance d'échange, d'informations et de débat. Dans ce cadre, plusieurs actions ont été réalisées : tableau de bord d'activité mensuel commun, cahier des charges relatif à la création du DISMO, journées de rencontre à l'égard des cadres du département appartenant au champ de la protection de l'enfance, …

Par ailleurs, cette Instance a servi de cadre à la mise en place d'une réflexion avec trois circonscriptions afin d'élaborer une charte de partenariat, avec les acteurs partenaires (PJJ,

DISMO, SAEMO, SIOE, PMI, ASE). Cet espace de réflexion permet notamment de travailler actuellement la qualité des passages de relais lors des fins de mesure.

2. Le dispositif des TISF

Organisation et pilotage du dispositif

L'intervention des Techniciennes d'intervention sociale et familiale (TISF) est assurée par des associations tarifées annuellement par le Conseil général sur la base des conventions d'objectifs et de moyens signées avec ces associations. Cinq associations proposant les services de TISF interviennent sur le département du Maine et Loire. Elles ont suivi au total 324 familles en 2008 (dont 151 suivies par l'ADMR). Les conventions ont permis de fixer un cadre à l'activité des associations, et de travailler pour chacune des axes précis : développement des actions collectives, réflexion sur la complémentarité et l'articulation entre les professionnels et les bénévoles de l'association notamment.

Le métier de TISF a beaucoup évolué ces dernières années. Le département a fait le choix de développer les « visites en présence d'un tiers » encadrées par des TISF. Il s'agit d'une évolution importante des missions des TISF. 74 familles ont ainsi bénéficiées de ces visites encadrées en 2008.

Concernant les aides ménagères, 25% des interventions se situent sur Angers Couronne Nord et 25% sur Segré. Par ailleurs, Les Mauges comprennent 17% des interventions. Les interventions des TISF sont réparties de manière plus homogène sur le territoire, avec 14 à 19% des interventions concernant Doué La Fontaine, Baugé, Saumur et Segré. Angers Couronne Nord représente 12% des interventions.

Les CAF participent à cet accompagnement social, à travers une aide matérielle et éducative à domicile dans le cadre d'une intervention ponctuelle. La CAF prend ainsi en charge une part importante du coût de l'intervention assurée par des TISF ou par des AVS. En 2008, la CAF de Cholet a versé 629.818 euros pour 28.577 heures d'intervention au domicile.

Aujourd'hui, les liens entre TISF et référent ASE doivent être renforcés

La réussite de l'intervention dans la famille est conditionnée par une étroite collaboration entre la TISF et le référent ASE des enfants concernés. Les instances de partage entre les différents intervenants au sein de la famille peuvent être davantage développées pour faire en commun le point sur la situation et fixer les objectifs de travail prioritaires.

Plus largement, l'articulation des interventions à domicile était une priorité fixée par le schéma 2005-2010. Si cet axe a été travaillé, avec la généralisation de réunions « d'ouverture et de relais » (élaboration d'un protocole d'intervention) ou la mise en place de rencontres régulières avec des cadres intermédiaires à l'échelle des circonscriptions, il apparaît nécessaire de continuer la réflexion sur cette question de la coordination de l'ensemble des intervenants à domicile (comme par exemple la mise en place de formations

communes aux TISF et aux travailleurs sociaux sur des thèmes spécifiques –maltraitance, …).

Le cadre des visites encadrées par des TISF doit par ailleurs être clarifié

Le nombre de visites encadrées par des TISF apparaît hétérogène selon les circonscriptions. Segré réalise le plus grand nombre de visites encadrées (15 en 2008) et on compte une forte augmentation du nombre de visites en un an (40 visites encadrées en 2007 contre 74 en 2008). Les associations de TISF émettent le souhait de discuter avec leur financeurs de la mise en œuvre d'un référentiel commun pour les visites encadrées. Ce référentiel peut notamment permettre d'harmoniser les pratiques entre circonscriptions et de mieux définir ce qui relève du rôle du référent ASE et ce qui relève des missions d'une TISF.

3. Les mineurs isolés étrangers

En 2008, la Défenseure des Enfants a publié un rapport comptant 25 recommandations « *pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale de prise en charge des mineurs étrangers isolés* ». Ces recommandations sont classées en six chapitres, intitulés comme suit :

I. *Faciliter et personnaliser le droit à l'information des mineurs étrangers isolés arrivés par voie aérienne* : le mineur doit comprendre la langue dans laquelle il est informé de ses droits (droit d'être assisté d'un interprète, d'un médecin, d'un avocat, droit d'être représenté par un administrateur ad hoc, droit de bénéficier d'un jour franc, droit d'asile, droit à une carte téléphonique, droit de recevoir des visites en zone d'attente).
II. *Renforcer l'assistance, la représentation et le conseil aux mineurs étrangers isolés.*
III. *Mettre en place des plateformes départementales ou régionales pour assurer une prise en charge globale des mineurs étrangers isolés*, coordonnée entre l'État, la justice et les conseils généraux.
IV. *Valider la minorité dans le respect de principes juridiques, éthiques et déontologiques.*
V. *Favoriser l'accès à la scolarité et à la formation professionnelle de tous les mineurs étrangers isolés, quel que soit leur âge.*
VI. *Soutenir la construction d'un projet de vie personnalisé*, préconisé par le Conseil de l'Europe (2007). Ce projet de vie permet au MEI de garantir son accès à une formation scolaire ou professionnelle, de recevoir des soins, d'établir des contacts avec sa famille, et de prévoir les étapes de son parcours et de son intégration en France.

Le terme de « Mineurs Isolés Étrangers » (MIE) recouvre deux statuts juridiques distincts :

- Celui de **mineur** qui renvoie à une incapacité juridique, au besoin d'une représentation légale et à l'assurance de la prise en charge sans aucune condition par l'Aide Sociale à l'Enfance, en l'absence de représentant légal, ou si ce représentant légal n'est pas en mesure d'assurer la protection de l'enfance

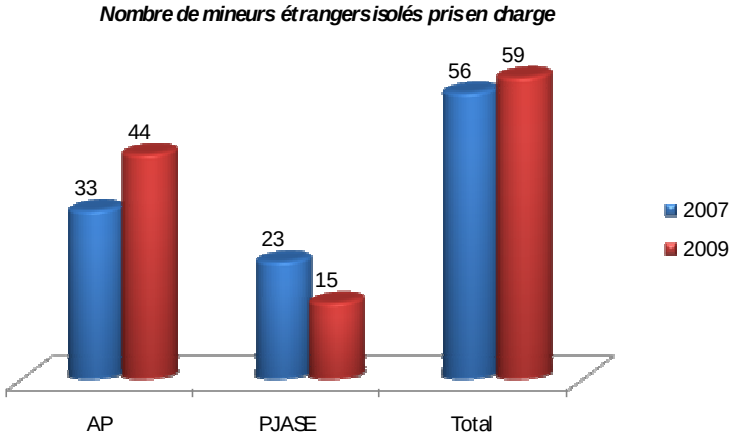
- Celui **d'étranger**, qui renvoie à l'extranéité, au droit des étrangers, et soumet le jeune aux lois sur l'immigration.

En 2002, l'État, le Conseil général de Maine-et-Loire, la ville et le Centre Communal d'action sociale d'Angers ont créé un **Espace Accueil** situé à Angers, et dont la gestion a été confiée à l'Abri de la Providence. L'augmentation croissante du flux (de 3 mineurs en 2003 à 19 en 2006) a abouti à la signature d'une convention avec les partenaires pré-cités, afin de mettre en place une procédure d'accueil : l'Espace accueil prend en charge 5 jours le mineur ; par la suite, le service de l'Aide sociale à l'enfance accompagne le jeune au sein du dispositif ASE si la minorité peut être prouvée.

Par la suite les interventions ont été clarifiées ; le « cahier technique » concernant l'accompagnement des MIE, diffusé en décembre 2007 permet de formaliser et de coordonner l'intervention des différents acteurs autour du mineur.

En effet, si le mineur est ensuite accompagné par le dispositif de l'ASE, à travers l'accueil et l'hébergement, l'Espace Accueil reste un Pôle ressource ; il fait la demande d'asile du mineur et réalise un soutien psychologique. Par ailleurs, le référent ASE dispose d'un rôle spécifique : il coordonne les partenaires et centralise les informations, doit rechercher un lieu d'accueil stable, suit le jeune et l'informe sur les démarches, et l'accompagne dans la réalisation des démarches courantes.

Le rapport d'activité de l'Abri de la Providence fait état d'un « partenariat optimisé », qui s'est ainsi fortement structuré grâce au travail réalisé en commune par les différents partenaires concernés.



Le graphique (source : Conseil général) ci-dessus, comparant les flux aux mois de décembre 2007 et décembre 2009, fait apparaître une relative stabilité du nombre de MIE pris en charge par les services départementaux. Au total 59 jeunes étaient accompagnés en avril 2009 (placement administratif et judiciaires confondues).

4. Les jeunes majeurs

La prise en charge dans le cadre de la protection de l'enfance concerne également les majeurs âgés de moins de vingt-et-un ans.

L'un des impacts majeurs de la réforme de la PJJ concerne le public des jeunes majeurs, qui dorénavant ne bénéficieront plus des mesures de « protection jeune majeur ». Ce public est dès lors orienté de fait vers le dispositif des **contrats jeunes majeurs** du Conseil Général. L'accompagnement effectué par la PJJ représente 55 jeunes majeurs, pour un budget de 2 millions d'euros.

Certains établissements associatifs font le constat que le public jeune majeur suit la tendance générale d'une **complexification des situations individuelles**. Ils ont ainsi besoin d'un suivi individuel, étant jugés **peu autonomes**.

On compte 474 majeurs suivis en 2009 (en flux) au sein du département.

B) Le domicile pour les personnes âgées

A retenir

Atouts :

- L'adoption de documents cadre pour structurer le dispositif de maintien à domicile en faveur des personnes âgées

- La mise en place d'une démarche qualité associant l'ensemble des services d'aide à domicile du département du Maine-et-Loire

- L'existence d'une plate-forme départementale des services à la personne

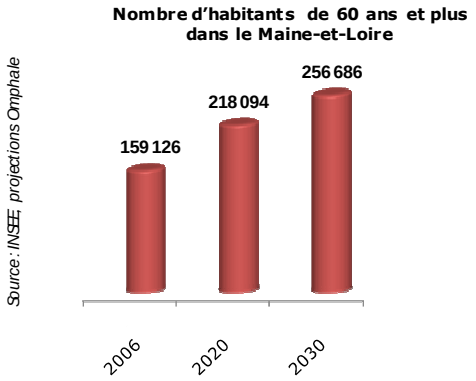
Points d'amélioration :

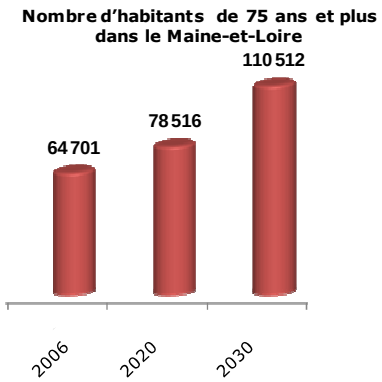
- La nécessité d'un travail accru autour de la formation du personnel intervenant

- Un équipement insuffisant en termes de services à domicile médicalisés

Caractérisation de la population accompagnée

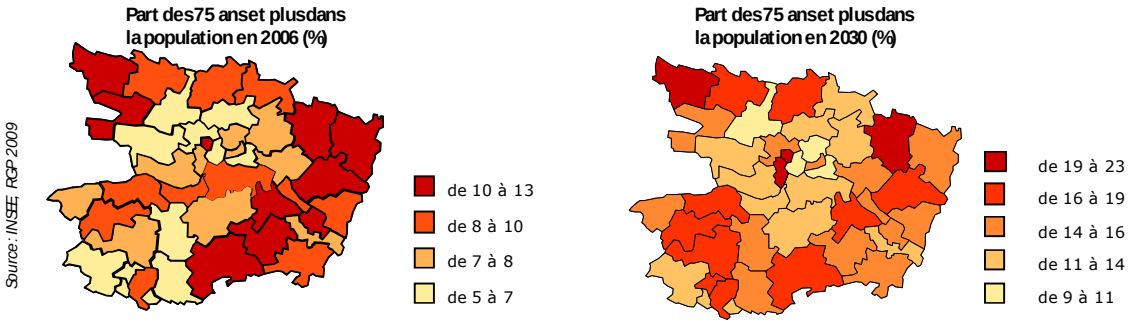
Le département de Maine-et-Loire se trouve confronté, de la même manière que l'ensemble du territoire métropolitain, à un **vieillissement accéléré de sa population.**





Les projections de l'INSEE pour les années 2020 et 2030 laissent percevoir un vieillissement très important de la population du département. Ainsi, si les 60 ans et plus représentent 20,8% de la population totale en 2006, **une personne sur trois** au sein du département en 2030 aura plus de 60 ans (33,1%), soit une augmentation de 13 points. En ce qui concerne les plus de 75 ans, ils représenteront **14,2%** de la population totale en 2030 (contre 8,4% en 2006). Ce vieillissement de la population va nécessairement impacter le potentiel d'aidants, c'est-à-dire le nombre de personnes en capacité de venir en soutien au public âgé.

Par ailleurs, le département ne connaîtra pas une évolution homogène du vieillissement de sa population selon les territoires. On observe dans la partie Ouest du département une croissance du public âgé plus forte que dans le reste du département (évolution de +10% des 75 ans et plus en moyenne). *A contrario*, l'Est du département va subir un vieillissement moindre, avec une évolution de + 6% environ.


Part des75 anset plusdans la population en 2006 (%)
de 10 à 13
de 8 à 10
de 7 à 8
de 5 à 7
Source: INSEE RGP 2009
Part des75 anset plusdans la population en 2030 (%)
de 19 à 23
de 16 à 19
de 14 à 16
de 11 à 14
de 9 à 11

Le département de Maine-et-Loire a dû faire face à la montée en charge du dispositif de l'APA. Au 1er février 2010, **12 157 personnes** sont bénéficiaires de l'Allocation départementale d'autonomie des personnes âgées (APADA)**.** Ainsi, on observe + 6% d'évolution depuis 2008. Avec **188 allocataires pour 1 000 personnes de 75 ans et plus**, le département se situe de ce fait très en-deçà de la moyenne nationale (qui compte 220 bénéficiaires pour 1 000 habitants au 30 juin 2009). Il apparaît ainsi à la 88e place en ce qui concerne le taux de bénéficiaires pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Sur l'ensemble des bénéficiaires, 39% perçoivent l'APA à domicile, soit **4 632**, contre **7 525** bénéficiaires de l'APA en établissement (890 hors dotation globale et 6 635 sous dotation globale).

Le département a ainsi dû gérer la forte montée en charge du dispositif, notamment en termes financiers : d'un peu moins de 29 millions d'euros en 2003, le budget départemental de l'APADA s'élève à 48 millions en 2008. Par ailleurs, les études menées par l'INSEE et l'ORS projettent un nombre de personnes bénéficiaires s'élevant à **14 200 personnes dans 5 ans** dans le Maine-et-Loire.

La proportion de personnes fortement dépendantes à domicile a augmenté. Ainsi, 10% des bénéficiaires de l'APA à domicile sont en GIR 1 et 2 en novembre 2008, contre **15,5%** en février 2010 (avec surtout une augmentation des personnes en GIR 2). Cependant, cette augmentation reste inférieure à la moyenne métropolitaine, qui compte 3% de personnes bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 (contre 2% dans le département), et 18% de

personnes en GIR 2[7] (contre 13,5%). Par ailleurs, les GIR 3-4 représentent près de 85% de l'ensemble des bénéficiaires, contre 81% en 2008.

Concernant l'APA en établissement, 60% des bénéficiaires sont en GIR 1 et 2, ce qui place le département de Maine-et-Loire dans une structuration identique à la moyenne nationale. Cependant, il apparaît qu'un nombre plus important de personnes est fortement dépendante (GIR 1), avec 7 points de plus pour le département (23%, contre 16% en France)[8].

Plusieurs constats peuvent être posés :

- La répartition des bénéficiaires de l'APA, entre domicile et établissement, apparaît inverse aux tendances nationales. En effet, **60% de l'ensemble des personnes concernées vont bénéficier de l'APA en établissement** (contre 40 % au niveau national – source : CNSA, 2008) : le département de Maine-et-Loire dispose historiquement d'une « culture de l'établissement » très forte, pouvant éclairer ce constat.

- Cette répartition doit également être analysée en termes d'impacts financiers. Si le Conseil général ne possède pas de données permettant d'objectiver le montant moyen à sa charge concernant le versement de l'APA à domicile ou en établissement, on peut en revanche faire mention des études nationales réalisées. La DREES indique en effet au 30 septembre 2009 un montant moyen par GIR à la charge du département, en ce qui concerne le versement de l'APA à domicile et de l'APA en établissement. En se fondant sur ces études et en tenant compte de la répartition par GIR des bénéficiaires du département, on peut en déduire un montant mensuel moyen à la charge du département s'élevant à **392 euros par bénéficiaire en ce qui concerne l'APA à domicile**, contre **322 euros par bénéficiaire de l'APA en établissement**. Par ailleurs, la durée de perception de l'APA est plus longue à domicile qu'en établissement : 46 mois à domicile contre 40 mois en établissement au niveau national[9].

Les dépenses APA connaissent une forte évolution : + 10% entre 2006/2007, autant entre 2007 et 2008. Elles s'élevaient à 40.156.760 euros en 2006, et le Budget prévisionnel 2010 prévoit une dépense de 49.500.000 liée à l'ADAPA, soit **+ 23% en 4 ans**.

L'enjeu majeur pour le département se pose en termes d'accompagnement et de soutien du maintien à domicile, dans un contexte où les personnes âgées souhaitent demeurer le plus longtemps possible à leur logement et retarder une entrée en institution.

En effet, à une logique tournée essentiellement vers la prise en charge en établissement vient se substituer le souhait croissant des personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible au domicile. Ainsi, une étude réalisée par la DREES en novembre 2009 indique que 76% des bénéficiaires perçoivent l'APA à domicile (contre 60% au 1er janvier 2008).

Par ailleurs, la mise en place de l'APA et de nombreuses évolutions législatives sont venues impacter durablement le fonctionnement du secteur de l'aide à domicile.

[7] Étude semestrielle de la DRESS, septembre 2009
[8] Cf. note 6
[9] Étude DREES, Données individuelles de l'APA, 2006-2007

Organisation et pilotage du dispositif

- L'accompagnement réalisé par les services à la personne

Le secteur des services à la personne, dont les activités ont été élargies dans le cadre du plan de cohésion sociale (« plan Borloo ») en 2005, a connu un développement important.

Le Maine-et-Loire a ainsi connu depuis quelques années une croissance significative du dispositif de soutien à domicile : une progression importante du nombre d'heures travaillées (+ 10,3 % entre 2006 et 2007), et un fort développement du nombre de structures prestataires (111 entreprises, représentant désormais 47% du nombre des opérateurs en 2006, contre 23% en 2004) en parallèle d'une stabilisation du nombre de structures associatives, déjà en nombre, peuvent ainsi être soulignés (124 en 2006 avec près de 3 M. d'heures travaillées, représentant 94,67% du nombre d'heures travaillées en mode prestataire, contre 97,87% en 2004). En ce qui concerne l'emploi direct, on observe de la même manière une évolution de +5,05% de salariés entre 2004 et 2005 (contre +3,78% au niveau national).

Le dispositif d'aide à domicile du département compte un nombre très élevé de services en 2010 : **15 services autorisés** et tarifiés par le Président du Conseil général (dont une fédération des associations ADMR représentant 67 associations locales), **110 services agréés qualité** par le Préfet et 4 services gérés par des CCAS. Par ailleurs, **328 services disposent d'un agrément simple**. L'ensemble des acteurs sont aujourd'hui très satisfaits d'un dispositif qu'ils considèrent comme **performant,** tant sur un plan qualitatif que quantitatif. Des efforts ont été réalisés en ce sens : ainsi, l'ensemble des services autorisés ont fait l'objet d'un audit en 2004 par un organisme extérieur ; par ailleurs, un grand nombre de documents cadre ont été adoptés.

On constate une forte augmentation du nombre de structures agréées entre 2008 et 2009 (100 nouveaux agréments, soit + 31,46%) mais qui concernent presque exclusivement des structures bénéficiant d'un agrément simple (97 nouveaux agréments, soit + 44,9%). 94 des structures concernées sur les 97 sont des entreprises.

Le dispositif de l'aide à domicile devra également **gérer l'afflux de nouveaux prestataires**, à travers l'impact de l'apparition de services du secteur privé à but lucratif, dont la qualité de l'offre sera plus difficile à contrôler. En effet, le nombre élevé de services à la personne sur le département induit nécessairement une diversité des services proposés, en termes de qualité notamment.

L'aide à domicile s'est considérablement développée dans le Maine-et-Loire et apparaît aujourd'hui à même de répondre à la montée en charge consécutive à la mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie.

Initiatives départementales et locales :

Le Conseil général compte 11 secteurs de contrôleurs évaluateurs de l'APA. Toutes les situations sont examinées de façon collégiales entre 3 ou 4 contrôleurs évaluateurs et un médecin, ce qui garantit une homogénéité des décisions au sein du département

La qualité du service rendu, en ce qui concerne les services d'aide à domicile constitue un enjeu majeur. Dans ce cadre, le département a développé un certain nombre d'outils permettant de s'en saisir.

Un **Plan départemental des services d'aides à la personne pluriannuel** (2006-2010) a ainsi été adopté, entre l'État, le Conseil général, la Région et l'ANPE, prenant en compte l'ensemble des services du champ de l'aide à domicile : secteur non marchand, secteur marchand et emploi direct. Le plan a souhaité développer cinq axes spécifiques : assurer une information sur les services à la personne ; observer et évaluer le secteur des services à la personne ; former et qualifier ; promouvoir les métiers ; moderniser et structurer le secteur.

Par ailleurs, une **Convention cadre pluriannuelle de modernisation de l'aide à domicile** dans le département du Maine-et-Loire 2009/2011 a été signée entre l'État, la CNSA et le Conseil général. Cette convention fixe quatre priorités pour les années à venir : contribuer à l'observation économique et sociale des besoins du secteur (par la mise en place d'un observatoire des services à la personne) ; développer des réponses adaptées aux besoins du public ; renforcer la qualité des services rendus ; développer l'emploi par la professionnalisation et la formation continue (à travers notamment l'action « Alter Ego »).

Par ailleurs, afin de répondre à l'objectif de meilleure lisibilité du secteur, une **Charte de coopération territoriale de l'aide à domicile à destination des publics vulnérables** a été adoptée début 2009, pour une durée de 6 ans. Cette charte, pilotée par le Conseil général, qui implique la signature d'un certain nombre de services du secteur de l'aide à domicile et de partenaires institutionnels, permet ainsi de poser le principe d'une coopération renforcée entre l'ensemble des prestataires afin de structurer l'offre, tout en garantissant sa qualité. Cette charte souhaite permettre une équité d'accès au service, tout en portant l'accent sur la diversification et la répartition territoriale de l'offre, conjuguée à l'adaptation des prestations aux besoins des personnes âgées. La diversification de l'offre nécessite en effet d'être travaillée, avec aujourd'hui 11 communautés de communes sur 27 disposant d'une offre diversifiée en ce qui concerne les personnes âgées, contre 5 pour les personnes handicapées.

L'existence d'une **plate-forme départementale des services à la personne** est un autre gage de la structuration de l'offre sur le territoire. Elle permet de mettre en lien l'offre et la demande, et exerce des fonctions d'ingénierie, d'accompagnement, de portage de projets et de sensibilisation à la professionnalisation. Elle regroupe principalement des fédérations d'associations et d'autres acteurs de l'économie sociale, en partenariat avec les pouvoirs publics territoriaux. Cette plate-forme, pilotée par l'Association Anjou domicile, s'adresse tant aux particuliers (n° de téléphone unique à leur dis position) qu'aux professionnels (lieu de réflexion, mise en place d'outils communs ou encore soutien de projets).

Enfin, conformément aux objectifs fixés par la « feuille de route » de la professionnalisation et le contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'État, l'Agence nationale des services à la personne engage, par l'intermédiaire de ses délégués territoriaux, un programme de soutien à la modernisation des structures agréées, dénommé « THETIS » et a déployé dans ce

cadre en 2008 un premier dispositif permettant aux structures agréées de bénéficier d'un accompagnement visant à l'amélioration de leur organisation, des conditions de travail et de la qualité de leurs prestations. Le Maine-et-Loire est fortement impliqué sur le programme THETIS : 4 conventions (individuelles ou collectives) pour 14 structures. Le département représente ainsi 64 % des structures engagées dans ce dispositif en Pays de la Loire.

Initiatives départementales et locales :

La mise en place d'une charte de coopération territoriale permettra à l'ensemble des opérateurs locaux de travailler dans le sens d'une offre de service de qualité pour les personnes vulnérables.

Organisation par la DDTEFP du 1er salon des Services à la personne de Maine-et-Loire en février 2009, avec l'association Anjou-domicile et en partenariat avec le Département, la Région, la Communauté d'agglomération Angers Loire Métropole, et la Maison de l'Emploi d'Angers. Ce salon a permis la mise en œuvre de 13 mini conférences sur des thèmes divers (chèque sortir plus, normes de qualité, …), et au total 43 stands étaient constitués (espace grand public, espace créateurs et professionnel, espace emploi et formation).

La question du **personnel intervenant** reste prégnante, déterminant de façon significative la qualité de l'intervention. Les enjeux se posent ici en termes de *formation*. S'il s'agissait d'une orientation affichée par le plan départemental, cette question doit être développée plus avant. La *professionnalisation* des salariés doit dans le même temps être amplifiée. Si le secteur reposait pour une part importante sur le bénévolat dans les associations et s'appuyait sur des personnels peu ou pas formés, les exigences réglementaires qui ont accompagné la mise en place de la loi 2002-2 ont largement incité l'ensemble des organisations à amender cet état de fait.

Par ailleurs, le Département a montré sa volonté de faire évoluer l'organisation et les prises en charge à domicile vers une professionnalisation dès 2001 avec le travail conjoint réalisé avec les partenaires sur le premier plan de développement des services à la personne.

Sur ce thème, une différenciation importante s'opère entre le milieu urbain et le milieu rural, ce dernier étant caractérisé par un fort taux de personnes bénévoles. Par ailleurs, le maintien à domicile se caractérise souvent par une *succession d'intervenants* au domicile de la personne âgée, obérant alors la faculté d'effectuer des contrôles sur la qualité des prestations proposées, et souvent facteur de déstabilisation pour la personne aidée. Enfin, la dichotomie procédure d'agrément *versus* procédure d'autorisation est venue remettre en question les débuts de structuration du secteur. Si le Conseil Général rend bien un avis dans le premier cas, il est par nature difficile à la DDTEFP d'exercer un strict contrôle sur les services ayant opté pour l'agrément.

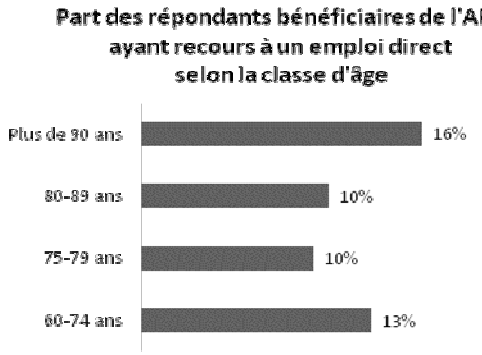
Les acteurs ont également fait part de leurs *difficultés à recruter*, tout particulièrement des jeunes et les personnes qualifiées. C'est toute la question de l'attractivité du secteur de l'aide à domicile qui est alors posée.

Initiatives départementales et locales :

La région des Pays-de-la-Loire participe en 2010 à la mise en place d'un dispositif expérimental permettant l'encadrement et l'assistance des candidats à la VAE dans le secteur des services à la personne – convention de partenariat entre Pôle emploi et l'Agence nationale des services à la personne.

La **capacité financière** des personnes âgées doit être prise en compte et pose la question de l'accessibilité à terme de ces services

La question financière apparaît prégnante, face à un public à faible solvabilité. Le Conseil général a souhaité dans son schéma gérontologique 2008/2010 mettre en place une action spécifique à ce sujet, mais qui n'a pu aboutir. De manière plus générale, le rapport de l'IGAS[10] de juillet 2009 souligne le paradoxe inhérent au secteur : « plus les personnes ont besoin d'un nombre d'heures d'aide à domicile du fait de leur état de dépendance, plus elles auraient aussi besoin que ces heures soient encadrées, et donc effectuées par des opérateurs prestataires. Mais la quantité d'heures nécessaires oblige souvent dans ces cas à recourir au salariat de gré à gré pour des raisons de coût. » Ainsi, ces difficultés relatives au coût impactent nécessairement la qualité du service. Le rapport réaffirme par ailleurs le rôle prégnant du Conseil général dans le suivi de la qualité et de l'effectivité du plan d'aide, notamment par l'intermédiaire de ces équipes de contrôleurs APA. Enfin l'enquête menée auprès des bénéficiaires de l'APA a pu montrer que la part des personnes recourant au gré à gré était la plus importante chez les plus âgées, qui sont aussi potentiellement ceux qui ont le plus besoin d'une prise en charge de qualité :



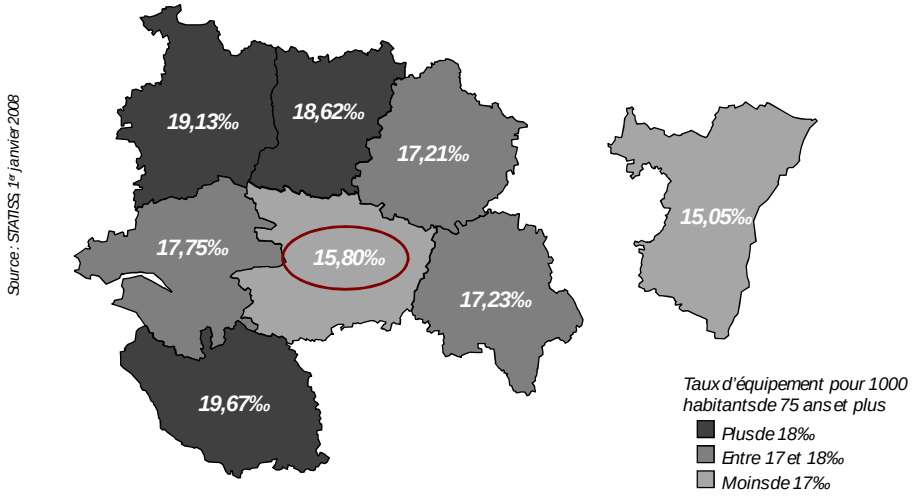
- L'accompagnement réalisé par les services de soins infirmiers

Par ailleurs, la réussite d'un dispositif de maintien à domicile dépend aussi largement des possibilités de la prise en charge par des services infirmiers, pendant sanitaires de l'accompagnement médico-social.

Si le nombre de places en SSIAD a connu une évolution de près de 68% entre 2000 et 2010 (et + 39% entre 2000 et 2006, soit plus de 10 points que la moyenne régionale), avec une

[10] Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, Inspection générale des affaires sociales, Juillet 2009

capacité totale s'élevant à 1 103 places installées en 2010, soit 18‰, **le dispositif des services de soins apparaît cependant en tension** (20 à 30% des besoins n'auraient pas été satisfaits en 2007 au niveau de la région selon une étude)[11].



Entre 2003 et 2007, 271 places nouvelles ont été autorisées (262 financées) par la DDASS : au 1er janvier 2008, on comptait sur le département 15,4 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, contre 17,4 places en France métropolitaine. Le département compte ainsi le taux le plus faible de la région.

Par ailleurs, si l'ensemble du département est couvert par les SSIAD, l'offre apparaît hétérogène. Ces difficultés s'avèrent d'autant plus prégnantes dans le contexte d'une prise en charge de personnes âgées de plus en plus dépendantes. Cependant, le département apparaît prioritaire et bénéficie du plus grand nombre de places créées telles que prévu au PRIAC après la Loire Atlantique, lui permettant en 2013 de bénéficier d'un taux d'équipement similaire à la moyenne régionale.

La garantie d'un maintien à domicile passe également par le développement d'offres de services médicalisés de type Hospitalisation à Domicile (HAD). Avec un service d'HAD au sein du département pour un total de 45 places (situé à Angers), le département apparaît sous-doté. Un autre service doit ainsi être créé en 2010 à Saumur afin de pallier ces carences.

Enfin, la multiplicité des intervenants autour d'une situation, ainsi que la volonté de chercher des solutions intermédiaires, entre le domicile et l'établissement, implique la mise en place d'une réflexion autour de la coordination étroite de l'ensemble des partenaires.

[11] « Les services de soins infirmiers à domicile, Moyens humains et financiers, Évaluation et perspective de fonctionnement », URCAM des Pays de la Loire, Janvier 2007

C) Le domicile pour les personnes handicapées

A retenir

Atouts :

- La mise en place d'une démarche qualité associant l'ensemble des services d'aide à domicile du département du Maine-et-Loire

- L'existence d'une plate-forme départementale des services à la personne

- Le développement des SESSAD, des SAVS et des SAMSAH

- La mise en place d'un protocole de coopération, gage de structuration de l'offre en SESSAD

- La création par dérogation de SESSAD-professionnels permettant d'assurer un accompagnement des 16/25 ans

- La création de Services médicalisés à domicile, accompagnant spécifiquement le public handicapé

- La création d'une direction Insertion/Habitat au sein de la DGA-DSS permettant d'intégrer pleinement la politique de l'Habitat au sein des politiques Solidarités du Conseil général

- Un développement de la PCH qui favorise l'accompagnement à domicile des personnes handicapées

Points d'amélioration :

- La nécessité d'un travail accru autour de la formation du personnel intervenant

- Un équipement insuffisant en termes de services à domicile médicalisés (SSIAD)

- Un manque de place en SESSAD pour enfants présentant des troubles du comportement

- Les interventions des SESSAD à redéployer dans le milieu de vie des enfants

- Un manque de lisibilité des dispositifs d'aide à domicile (SAVSA ; SAMSAH, SESSAD)-

- Une articulation insuffisante avec entre les services spécialisés et les SAAD.

1. L'accompagnement en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap

Organisation et pilotage du dispositif

La loi de 2005 va dans le sens d'une forte intégration des enfants handicapés en milieu ordinaire. En mettant l'accent sur la personnalisation et l'adaptation de la prise en charge, elle fait du développement du suivi ambulatoire un enjeu essentiel.

Ainsi, l'augmentation conséquente du nombre d'enfants suivant une scolarité en milieu ordinaire entraîne nécessairement un besoin accru en matière de soutien et d'accompagnement. Il s'agit donc de mener des réflexions communes sur le rôle des SESSAD, tendant à s'affirmer comme l'un des éléments prioritaires de la prise en charge. Le développement des SESSAD permet en effet aux enfants de vivre au sein de leur famille mais aussi de les accompagner dans leur scolarisation en milieu ordinaire ou spécialisé selon le choix qu'ils auront émis avec leurs parents.

Par ailleurs, cette évolution a vocation à perdurer. Selon une enquête du CREAI sur le devenir des jeunes accueillis en IME, et réalisée en 2006, **33% des enfants sont susceptibles d'être scolarisés en milieu ordinaire**.

Le département semble avoir pris la mesure de cet enjeu : avec **28 SESSAD** (dont deux en faveur des enfants déficients moteurs, un service pour enfants polyhandicapés et deux services pour les enfants déficients sensoriels), le nombre de places en services d'accompagnement a ainsi été **multiplié par plus de deux fois** depuis 2003. De 360 places de SESSAD au 31 décembre 2002, on compte au 31 décembre 2009 **741 places,** soit **3,6 places** pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, ce qui le situe au-dessus de la moyenne régionale (2,99). 466 places concernent exclusivement les enfants et adolescents présentant des déficiences intellectuelles. C'est ainsi 311 places qui se sont créées en faveur de ces enfants. Par ailleurs, 114 places sont programmées d'ici 2012, pour l'essentiel des SESSAD Polyvalents. Avec ces créations, le département remplit très largement les objectifs fixés par l'ARS, qui souhaitait que 20% des places soient constituées par des places de SESSAD : l'offre du département en termes de services représente **34% de l'offre totale**.

Le département du Maine-et-Loire disposant d'une dotation très forte en établissements, la création de places de SESSAD s'est réalisée essentiellement par redéploiement (avec une moyenne départementale à 2,54 contre 2,17 au niveau de la France métropolitaine).

Au-delà d'une évolution purement quantitative, l'augmentation du nombre de places en SESSAD s'est accompagnée d'une réflexion sur le maillage territorial du département. Ainsi, un groupe de travail a été mis en place par la DDASS en 2009 afin de définir les territoires d'intervention du SESSAD, et a abouti à l'adoption d'un protocole de coopération en mai 2009, permettant ainsi de développer les coopérations entre les SESSAD intervenant sur un même territoire. De ce fait, le dispositif garanti une **couverture intégrale et homogène du territoire**, tout en permettant une polyvalence des interventions auprès des 0-25 ans. Il s'agit de garantir la mutualisation des SESSAD intervenant sur un même territoire, et d'affirmer un certain nombre de principes guidant l'accompagnement (temps de transport n'excédant pas 20 à 30 minutes, mutualisation des locaux, possibilité d'intervenir hors zone, …).

La mise en place d'un tel protocole induit une logique différenciée qu'un grand nombre d'acteurs souhaite voir développée : ainsi, c'est le territoire qui va fonder l'intervention, et non plus le type de handicap. Le développement de SESSAD Polyvalents va dans ce sens.

Le département a également développé des **SESSAD-professionnels**, permettant d'offrir un accompagnement alors même que le passage du dispositif enfant au dispositif adulte est souvent synonyme de ruptures. Ces SESSAD sont au nombre de trois au 31 décembre 2009, avec 50 places. Deux établissements doivent être créés en 2010, pour un total de 44 places. Cette offre a été développée suite au constat d'un déséquilibre prégnant entre l'offre en termes d'établissements et services pour enfants et l'offre pour les adultes. Le département se caractérise en effet par une dotation très satisfaisante en ce qui concerne l'accompagnement des enfants, mais est au contraire relativement faible pour les adultes. Ce déséquilibre entraîne nécessairement une absence de solutions pour un certain nombre de jeunes adultes.

La mise en place des SESSAD-pro doit nécessairement s'accompagner d'un travail à l'attention de partenaires, permettant de conforter le dispositif dans le paysage départemental. Ainsi, ce travail d'information doit être mené auprès notamment de l'équipe pluri-disciplinaire de la MDPH, mais également des structures d'insertion professionnelle.

Malgré les créations réalisées, le dispositif **ne permet pas de répondre aux besoins**.

Orientations en SESSAD	Nb de décisions favorables	Nb d'admis en établissement	Taux d'admission
Bassin d'Angers	75	61	81%
Bassin de Cholet	69	28	41%
Bassin de Saumur	43	25	58%
Bassin de Segré	24	18	75%
Bassin de Baugé	38	21	55%
Total départemental	**249**	**153**	**61%**

Ainsi, sur l'année scolaire 2008-2009 : sur les 249 orientations prononcées, **96 enfants** n'ont pas pu bénéficier d'accompagnement, par manque de places (soit **39%**). Les points de tension semblent concerner les enfants présentant des troubles du comportement (51% d'admis). Par ailleurs, 72% des orientations en SESSAD-pro sont effectivement accompagnées par la suite, et 64% des DI. Le territoire de Cholet semble avoir les plus grosses difficultés pour remplir les demandes (41% d'admis).

Il convient également d'être attentif à l'adéquation nécessaire entre l'ouverture de classes spécialisées (CLIS ou UPI) et la création de SESSAD. En effet, l'ouverture d'une nouvelle classe spécialisée va entraîner des besoins en termes d'accompagnement, et fréquemment nécessiter la création de places en SESSAD, condition *sine qua non* d'un dispositif départemental de qualité.

Enfin, il apparaît nécessaire de travailler la **qualité de l'accompagnement** offert par les SESSAD, qui peuvent parfois déployer leur activité au sein de leur siège ou uniquement sur les temps scolaires et non pas dans le milieu de vie de l'enfant. Les acteurs attendent

désormais des SESSAD qu'ils étendent leurs modalités d'accompagnement à tous les niveaux de la vie sociale de l'enfant ou de l'adolescent.

Par ailleurs, l'articulation avec les services d'accompagnement pour adultes (SAVS, SAMSAH, mais également SSIAD-PH et services à domicile) doit être travaillée plus avant.

2. L'accompagnement à domicile des adultes en situation de handicap

Organisation et pilotage du dispositif

La prise en charge à domicile constitue un des enjeux majeurs des nouveaux dispositifs d'accompagnement des personnes handicapées.

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ont ainsi été créés dans la mouvance de la loi de 2005 avec pour principale ambition d'offrir un accompagnement individuel, adapté et cordonné aux personnes en situation de handicap souhaitant vivre à leur domicile, afin que celles-ci puissent parvenir au plein exercice de leur citoyenneté et de leur capacité d'autonomie. Le développement de ces services permet également de travailler de façon préventive avec la personne et d'éviter une entrée en établissement d'hébergement.

Il existe au sein du département **20 SAVS** et **3 SAMSAH**, représentant respectivement **une capacité de 407 et de 107 places**. En ce qui concerne les SAVS, 36 places ont à ce jour été autorisées mais ne sont pas installées.

L'offre a ainsi augmenté depuis 2005, avec la création de 94 places supplémentaires en SAVS et de 107 places en SAMSAH. L'ensemble de l'offre en termes de SAMSAH est implantée à Angers et son agglomération, qui concentre également 51% des SAVS. Par ailleurs, 4 SAMSAH vont être créés d'ici 2013, permettant d'offrir 86 places en plus, et 1 SAVS de 5 places d'ici 2011.

La structuration de l'offre apparaît – dans son mode de fonctionnement actuel, non dans le nombre de places- à ce jour encore insuffisante au niveau du Département. Ainsi, en 2009, 99 personnes bénéficiant d'une orientation en SAVS/SAMSAH n'ont pu être effectivement accompagnées. Un fonctionnement en file active pourrait remédier au moins partiellement à l'écart entre l'offre et la demande.

Orientations en cours en Services	Nb de décisions favorables	Nb d'admis en établissement	Taux d'admission
SAVS	471	395	84%
SAMSAH	127	104	82%
Total	**598**	**499**	**83%**

Le développement d'autres types de services d'accompagnement apparaît en effet nécessaire, afin d'être en mesure de répondre à l'augmentation de la demande et de pouvoir offrir une palette la plus diversifiée possible. Dans ce cadre, le département a su développer des **SSIAD-PH** : on compte huit services, permettant d'offrir une capacité de 55 places et de

couvrir l'ensemble du territoire. Par ailleurs, un SSIAD de 10 places va être créé dans le Choletais d'ici 2012.

La **diversification des modes d'accompagnement à domicile** constitue un enjeu fort qu'il est nécessaire de travailler dans le cadre du schéma. Les services d'aide à domicile, nombreux dans le département, sont aujourd'hui essentiellement tournés vers l'accompagnement des personnes âgées. Une enquête réalisée par la CRAM en 2008 indiquait cependant que 79% des services du Maine-et-Loire souhaitaient développer leur secteur d'intervention à ce public, contre 55% au niveau régional. L'effet concurrence et nouveau marché n'est pas nécessairement étranger à cette volonté de diversification. Une évolution est aujourd'hui perceptible avec le développement de la PCH, qu'il s'agit d'encourager tout en veillant à la qualité de l'accompagnement. Car actuellement, l'ensemble des prestations en aide humaine se voit confronté à des problématiques de qualité de l'accompagnement : celle-ci est très hétérogène en fonction des services et les salariés des services d'aide à domicile manquent très souvent de formation sur l'accompagnement de ce public.

Plus largement, afin de favoriser le maintien à domicile et l'intégration dans la vie sociale et professionnelle, il est nécessaire de coordonner l'action des services d'accompagnement à domicile tels que les SAVS et SAMSAH sur le territoire, services qui peuvent être polyvalents ou dédiés à un handicap particulier. L'ensemble des services existants (SAVS, SAMSAH, SSIAD-PH et SAAD) doivent nécessairement être articulés afin d'offrir une réelle complémentarité. Il s'agira en amont de s'accorder sur les rôles et missions exactes de ces services et sur leur stratégie de développement (en termes de couverture du territoire et de spécialisation de certains services).

3. L'adaptation du logement pour les personnes à mobilité réduite

Un dispositif de maintien à domicile efficace et de qualité doit naturellement mettre l'accent sur l'environnement de la personne. Le schéma doit ainsi se concentrer sur un des éléments majeurs de cet environnement : le logement.

L'amélioration de l'habitat et l'adaptation du logement pour les personnes à mobilité réduite concerne tant les personnes handicapées que les personnes âgées. Deux cas de figure peuvent se poser :

- celui des personnes qui souhaitent demeurer le plus longtemps possible au sein de leur logement (pour rappel 70% des personnes âgées sont propriétaires de leur logement), ce qui nécessite de réaliser des travaux d'adaptation
- celui des personnes qui cherchent à s'installer dans un logement qui aura été préalablement adapté.

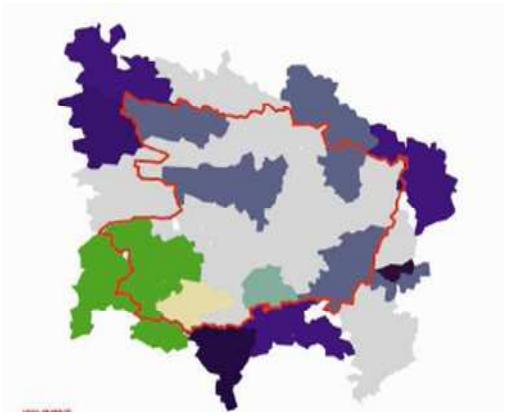
Le Département a fait montre d'une politique volontariste en matière de l'habitat. La création d'une direction Insertion/Habitat au sein de la DGA-DSS permet d'intégrer pleinement la politique de l'Habitat au sein des politiques Solidarités du Conseil général.

Par ailleurs, le Maine et Loire est le **premier département français à avoir signé son plan départemental de l'habitat** (fin 2007). L'orientation « Favoriser le renouvellement du parc locatif social », porte notamment sur la réhabilitation du parc locatif social existant, avec pour objectif d'adapter ce parc aux besoins de personnes à mobilité réduite. Par ailleurs, l'orientation « Requalifier et adapter le parc privé » souhaite inscrire comme priorité l'adaptation du logement au vieillissement de la population. Enfin, « Une offre de logement pour tous » constitue également une orientation du Plan, qui vise à développer et à diversifier l'offre de logements et de services à la personne aux besoins des populations spécifiques. Cette orientation a vocation à s'articuler avec le Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) 2008/2012, le schéma d'accueil pour les gens du voyage et le schéma gérontologique et handicap. Le **PDALPD** fait l'objet d'un co-pilotage entre le Conseil général et l'État particulièrement intégré dans le département. Il donne lieu au financement d'un poste de **coordonateur**.

L'adaptation des logements sociaux constitue un enjeu fort de l'évolution du dispositif, et les bailleurs sociaux sont de plus en plus sensibilisés à la problématique du logement des personnes âgées et handicapées. Si la loi oblige les bailleurs à y pourvoir, deux problèmes subsistent : l'organisation de la rencontre entre l'offre et la demande, et, dans une moindre mesure, l'inscription des programmes dans des territoires où la personne âgée peut effectivement se mouvoir (présence de commerce, présence de transport…). Enfin l'insalubrité touche non seulement le milieu rural, mais aussi le milieu urbain.

Aujourd'hui, les mesures d'aides financières sont présentes, conformément aux priorités énoncées par le Conseil général dans son programme d'action territoriale, qui permet une mise en œuvre locale volontariste des crédits délégués par l'ANAH (en moyenne **235 subventions versées annuellement par l'ANAH**, dont 225 pour des propriétaires occupants). Ce niveau de délégation est un choix spécifique du Conseil général de Maine-et-Loire. Le Pact-Anjou Habitat et Développement est le premier relai des subventions.

Cependant, l'Atlas gérontologique départemental de 2009 posait l'hypothèse de la corrélation négative qu'il existe entre le ratio de personnes aidées par des subventions et la représentativité des ménages de plus de 65 ans ne disposant pas de douches et/ou habitant des logements construits avant 1949. Il semble ainsi que les demandes et les offres de subventions ne soient pas toujours adaptées aux besoins (on constate ainsi un ratio de ménages aidés plus élevé au sein de territoire où les conditions d'habitation sont plus favorables). L'Atlas avance l'explication d'une localisation des antennes Pact-Anjou de nature à influer sur les demandes d'aides : il n'existe aucune antenne dans le Nord-Est du département par exemple. La mobilisation de certains élus sur des territoires constitue également un facteur explicatif des diversités départementales. Enfin, une convention a été signée entre Pact-Anjou et le Conseil général.


Sur-représentation locataires et ménages aisés isolés, confort moyen
Sur-représentation propriétaires, inconfort, domicile ancien
Sur-représentation domicile jeune, confort, propriétaire moyen
Représentation moyenne propriétaire, inconfort supérieur
Sur-représentation propriétaires, Confort moyen, sur-représentation superficie moyenne domicile
Sur-représentation propriétaires, Confort moyen, superficie moyenne domicile légèrement supérieure

Source : Atlas gérontologique, 2009

Par ailleurs, un certain nombre d'initiatives ont été mises en place au sein du département, dans le but de favoriser la mise en relation entre l'offre et la demande, et l'information des personnes concernées.

La MSA a mis en place au sein du Pays des Vallées d'Anjou un réseau de personnes ressources en termes d'adaptation du logement, permettant d'assurer une information exhaustive en faveur du public mais également des professionnels.

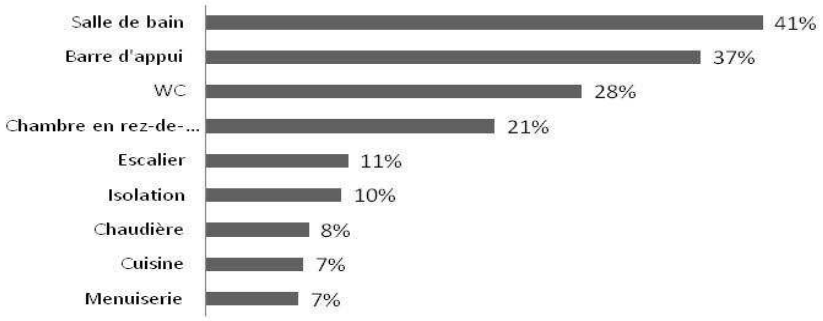
La Ville d'Angers a mis en place depuis quelques mois, en partenariat avec le Comité de Liaison des Handicapés, un « Accueil Logement Adapté », et en lien avec Angers Loire Métropole, la MDPH et les Bailleurs sociaux. Ce dispositif doit permettre de réaliser une étude personnalisée des demandes de logements déposées par les personnes handicapées, afin de les mettre en lien avec les bailleurs sociaux. Par ailleurs, une réflexion est actuellement menée par la ville d'Angers, sur la mise en place d'un guichet unique en ce qui concerne l'offre de logements adaptés.

Enfin, le site de la MDPH met à disposition des usagers un « Guide pour le grand public » en matière d'habitat, permettant d'informer sur la législation et les professionnels départementaux en la matière.

S'il est difficile de mesure l'impact de l'ensemble de ces mesures, en raison notamment de leur caractère diffus, il est en revanche possible d'interroger certains bénéficiaires à titre d'illustration sur les difficultés qu'ils rencontrent pour demeurer au sein de leur domicile.

C'est précisément ce qu'il a été proposé de faire dans le cadre de l'enquête auprès des bénéficiaires de l'APA.

Cette enquête a révélé que près des 2/3 des personnes interrogées avaient procédé à des aménagements de leur logement. Ceux-ci concernaient :



Lorsque les aménagements n'ont pas été rendus possibles, les raisons invoquées étaient en premier lieu le coût, et – très en-deçà – les impossibilités techniques (raison trois fois moins invoquée) et le manque d'interlocuteurs (raison deux fois moins invoquée).

D) Les autres publics

A retenir

Atouts :

- Un dispositif FAJ qui répond aux besoins de ses bénéficiaires

- Un accompagnement étayé dans le cadre de la politique Enfance-Famille au sein des circonscriptions

- Une satisfaction avérée des personnes consultant les agents des circonscriptions d'action sociale

- Une politique du logement très ambitieuse et structurée

Points d'amélioration :

- La circulation de l'information entre le siège du département et ses circonscriptions alors même que celles-ci sont des lieux privilégiés d'observation

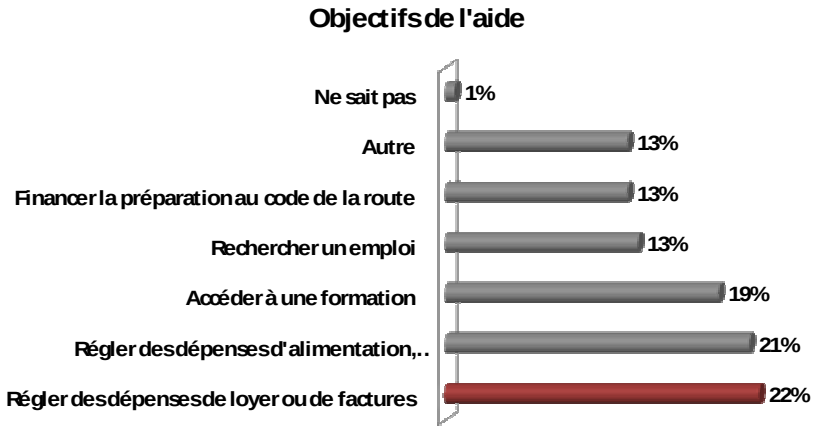
- Un accompagnement limité du public âgé et handicapé en circonscription

1. Les jeunes en insertion

Le **Fonds d'aide aux jeunes** (FAJ) est un dispositif qui vise les moins de 25 ans, sans ressources et ne disposant pas d'un appui familial, ou en difficulté d'insertion professionnelle. Les demandes d'aides individuelles dans le cadre du FAJ sont en constante augmentation depuis 2008 : **575 000€** ont été distribués pour **3 100 jeunes** en 2009, contre 462 000€ pour 2 500 jeunes en 2008. En 2010, le FAJ pourrait ne pas être en mesure de répondre à toutes les demandes qui lui seront adressées. Cette tendance témoigne de la précarisation croissante que subissent les jeunes dans le Maine-et-Loire, fortement touchés par les effets de la crise économique. En outre, 60% des aides sont allouées mission locale - à Angers, et 20% à Cholet. En effet, les situations de précarité sont souvent accentuées en zone urbaine par une moindre solidarité familiale.

Une enquête a été menée auprès des bénéficiaires du fonds. Certains constats peuvent être mentionnés :

- 71 %, soit quasiment un 3 bénéficiaires sur 4 n'exercent aucune activité professionnelle
- La majorité des répondants constatent que les objectifs fixés à l'attribution de l'aide ont été remplis.
- Selon 12% des répondants, l'objectif de la demande d'aide n'a pas été atteint après le versement de l'aide.
- Dans la majorité de ces cas, il est reproché l'insuffisance du montant de l'aide, ce qui à empêcher la réalisation de l'objectif fixé
- Dans plus de 40% des cas, la demande d'aide financière a pour objectif le règlement des dépenses de loyer, de factures, d'alimentation ou d'habillement.
- L'aide peut avoir également pour objectif l'insertion professionnelle, via la recherche d'un emploi (13%), l'accès à une formation (19%) ou encore le financement de la préparation du permis de conduire (respectivement 13%).



L'accompagnement de ces jeunes à domicile s'entend aussi en termes de logement. En effet, les jeunes sont un public très touché par les difficultés afférentes au logement. Le Plan départemental de l'Habitat en a fait une priorité, soulignant la diversité des situations.

La Direction de l'équipement a lancé une étude sur le logement des jeunes, en lien avec le Conseil général et les 3 agglomérations, qui devrait permettre de dégager un plan d'action.

Initiatives départementales et locales :

L'Association Logement et Habitat, qui intervient sur la Communauté de Communes de Baugé, du Pays des Vallées d'Anjou et de la Communauté de Communes du Loir, a mis en place une action spécifique en 2008 à destination des jeunes de 15 à 30 ans : « **Hébergement des Jeunes chez l'Habitant** ». Elle consiste en l'hébergement de jeunes apprentis, salariés ou stagiaires chez des familles qui le souhaitent, en contribuant aux charges pour 5 euros par jour. Du 1er Septembre 2008 au 31 Août 2009, 10 binômes ont pu être créés, concernant majoritairement les 16-22 ans (90%). Ce modèle permet aux personnes seules de bénéficier d'une présence rassurante (parmi les 23 familles, 65% sont des retraités). Du côté des jeunes, l'hébergement chez l'habitant leur permet d'être logés à proximité de leur lieu d'apprentissage ou de travail donc de faciliter leur insertion professionnelle. Des actions d'information auprès des partenaires ont été mises en place pour assurer une meilleure visibilité : distribution de plaquettes en 2009 dans chaque mairie du territoire d'intervention, CLIC, centres sociaux, ou encore Circonscriptions d'action sociale.

2. L'accompagnement médico-social en circonscription

Une circonscription d'action sociale peut être définie comme un « espace départemental de solidarité qui met en œuvre les missions du Conseil général sur un territoire de référence »[12]. De ce fait, les 13 circonscriptions du Conseil général concourent à la déclinaison opérationnelle des missions dévolues au Conseil général, et réalisent un accompagnement médico-social de proximité en direction des usagers.

Les circonscriptions sont les acteurs de la mise en œuvre de la politique de prévention et de protection en direction de l'enfant et de sa famille, des personnes âgées et des personnes handicapées. Bien que l'action des agents au sein des circonscriptions traversent l'ensemble des dispositifs, donc l'ensemble de ce schéma, l'option a été prise de proposer quelques focales.

a- L'action en soutien de l'Enfance et de la Famille

Les interventions dans le cadre de la prévention et de la protection de l'enfance concernent les Interventions éducatives à domicile, la prise en charge des enfants confiés (incluant l'accompagnement de la famille –visites encadrées, TISF, entretiens d'aide et de soutien, … –), ou encore les évaluations dans le cadre des Informations préoccupantes. Par ailleurs, c'est au sein des circonscriptions que sont mises en œuvre les missions de la Prévention et de la Promotion de la Santé Familiale et de la Protection Maternelle et Infantile (PPSF/PMI).

Il s'agit ici de se pencher plus spécifiquement sur l'ensemble des mesures en circonscription, s'inscrivant dans le champ **de la prévention et de l'autonomisation des familles**, **en dehors de toute contractualisation** avec le service de l'ASE. Le Conseil général a souhaité

[12] Document-cadre de la Direction de l'action sociale territoriale, mars 2009

développer ces actions, avec la création de 13 postes d'éducateurs de prévention dans les circonscriptions depuis 2004.

Les professionnels de la circonscription (avec un rôle important de l'éducateur de prévention sur ce champ) réalisent ainsi un accompagnement fondé sur la prévention à travers une diversité de mesures :

L'**accompagnement éducatif à la parentalité (AEP),** destiné aux parents afin de les aider et de les soutenir dans leur responsabilité éducative. Cette mesure prend la forme d'un soutien apporté par une équipe éducative (éducateur de prévention, ASP et puéricultrice) à la famille, et aux parents, en visant à rétablir et à améliorer les liens entre parents et enfants. Toute décision de prise en charge donne lieu à l'élaboration d'un contrat d'intervention précisant l'objectif, les modalités, les noms et qualité des personnes chargées de la mesure, la durée d'intervention (durée initiale de 6 mois).

Des **actions collectives** sont également menées au sein des circonscriptions, de nature médico-sociale, socio-éducative, psychologique et médicale.

Des **actions individuelles « d'accueil-écoute »** en circonscription, qui consistent en une mise à disposition de professionnels auprès du public, sur des fonctions d'écoute, d'information et d'orientation, en lien avec une problématique d'ordre éducatif. Elles peuvent prendre la forme de permanences éducatives.

Enfin, des actions de prévention apportent des aides touchant à **l'accompagnement budgétaire** : on trouve ainsi le versement d'allocations mensuelles et des secours d'urgence. 3.454.503 € ont ainsi été versés aux familles en 2009, soit une baisse de 4% par rapport à 2008. 472.907 € concernent les secours d'urgence, confortant la hausse significative depuis 2005 (+ 104% depuis 2005 et +21% depuis 2008). Le rapport d'activité de l'enfance-famille expliquait cette hausse par la précarisation des revenus et de la population. Les aides versées au titre des allocations mensuelles sont, elles, en baisse (- 7% depuis 2008). Par ailleurs, les motifs de l'octroi de ces aides restent l'alimentaire (pour 40% en 2008) et l'hébergement (24%, soit une progression de 15 points depuis 2007).

b- Focus sur une modalité d'accompagnement financier des familles : la MASP

La loi du 5 mars 2007 a mis fin depuis le 1er janvier 2009 à la mesure de tutelle aux prestations sociales adulte et a instauré une nouvelle mesure administrative d'accompagnement social et budgétaire personnalisé (MASP) mise en œuvre par les Départements. Cette nouvelle mesure se situe en amont du dispositif judiciaire pour éviter le placement sous protection judiciaire des personnes dont les intérêts peuvent être préservés par le recours, moins stigmatisant, à un accompagnement social adapté. La MASP concerne toute personne majeure dont la santé ou la sécurité est menacée du fait de ses difficultés à gérer seule ses ressources. Cette mesure comporte une aide à la gestion de ses prestations et un accompagnement social individualisé. Elle prend la forme d'un contrat (de 6 mois à 2 ans, renouvelable avec une durée maximum de 4 ans) passé entre les personnes concernées et les services sociaux du département et repose donc sur la libre adhésion du bénéficiaire qui s'engage à suivre des actions éducatives. Il s'engage à mettre en œuvre tous les moyens pour lui permettre de retrouver son autonomie. Le Département peut demander une participation financière du bénéficiaire pour cet accompagnement, en fonction

de ses ressources. Ce n'est que si la MASP échoue qu'interviendra la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ). Au 31 décembre 2009, 27 MASP étaient en cours dans le Département.

c- Les actions d'insertion et le logement

Les circonscriptions disposent également d'un rôle important en ce qui concerne l'insertion et le logement. Concernant l'insertion, les professionnels des circonscriptions réalisent un accompagnement vers l'insertion sociale, professionnelle et de santé, à travers des entretiens, des visites à domicile, des accompagnements dans des structures, ou encore des actions collectives. Par ailleurs, elles réalisent les ouvertures de droits pour le logement et un accompagnement à la fois pour l'accès et le maintien dans l'emploi. Enfin, les jeunes sont tout particulièrement concernés, avec un accompagnement à la fois financier, d'écoute et d'orientations réalisé par les professionnels des circonscriptions.

Les circonscriptions sont à même d'accueillir et de réaliser des actions de soutien **en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées,** même si cette activité demeure aujourd'hui encore à la marge de leurs missions.

❖ Parole d'usagers rencontrés au sein des circonscriptions d'action sociale :

L'assistant social représente un interlocuteur privilégié, au fait de la situation particulière de chacun : « *Moi elle me connaît, ça fait longtemps que je viens ici, elle m'aide toujours quand je ne peux pas payer* ».

Les consultations réalisées dans le cadre de la PMI sont très appréciées par les personnes rencontrées : « *Les professionnels sont très disponibles et nous donnent des conseils pour le bébé. On peut vraiment poser des questions, c'est très utile* ».

L'ensemble des personnes rencontrées ont indiqué être satisfaites de l'accueil en circonscription et ont mis en avant la qualité de l'accompagnement qui leur était proposé. Ils apprécient l'écoute des professionnels et le temps consacré. Par ailleurs, 89% des personnes ont estimé obtenir les réponses attendues lors de leur visite.

Enquête auprès des usagers en circonscription :

Circonscriptions concernées : Doué-la-Fontaine, Cholet Est, Saumur, Angers Centre, Angers Est, Segré, Beaupréau et Angers Ouest.

Public rencontré : 38 entretiens ont été menés, avec 15 hommes et 23 femmes. 58% de ces personnes avaient entre 18 et 30 ans, et 8% plus de 60 ans.

Motif de la visite :

37% des personnes sont venues rencontrer un travailleur social dans le cadre d'un suivi régulier. La majorité d'entre elles venait à la fois pour demander des renseignements sur les prestations auxquelles elles pouvaient prétendre, et pour obtenir une aide administrative dans la constitution des dossiers nécessaires à l'obtention de ces prestations. L'assistant social représente un interlocuteur privilégié, au fait de la situation particulière de chacun (« *Moi elle me connaît, ça fait longtemps que je viens ici, elle m'aide toujours quand je ne peux pas payer* »). La plupart des personnes qui rencontrent un travailleur social dans le cadre d'un suivi régulier sont bénéficiaires du RSA, néanmoins **leur visite n'était pas en lien direct avec cette prestation** (constitution de dossiers de surendettement, inscription à l'école, liquidation de biens, demande de renseignements sur les droits face à un ex-mari).

31% des personnes sont venues pour rencontrer ponctuellement un travailleur social. Cinq personnes sur les 12 concernées demandent une aide financière ponctuelle pour faire face à un cas particulier (facture impayée). Sept personnes souhaitent obtenir des renseignements sur les prestations dont ils peuvent prétendre, suite à un changement de situation (divorce, passage au statut d'étudiant, …). Ces visites ponctuelles sont pour le travailleur social l'occasion de **faire le point sur la situation globale** de personnes ou familles en grande précarité, et éventuellement d'initier un suivi. « *Là, j'ai senti une grosse problématique familiale, je vais essayer de la revoir bientôt* ».

Enfin, 32% des personnes sont venues dans le cadre d'un suivi médical. Parmi elles, 3 se sont présentées pour un suivi de grossesse par la sage-femme de la circonscription, **suite à la réception du courrier de disponibilité** envoyé par la sage-femme. Les usagers rencontrés ont apprécié l'entretien de 45 minutes pendant lequel elles ont pu poser toutes leur question. Elles ont ensuite choisi de venir à la circonscription pour le suivi médical régulier de la grossesse. Les 9 autres personnes rencontrent la puéricultrice et/ou le médecin de PMI. La disponibilité des puéricultrices et des médecins est là encore très appréciée.

Visibilité de la circonscription : Plus d'un tiers des personnes interrogées ont appris l'existence des circonscriptions d'action sociale et de santé tardivement, par le bouche-à-oreille. Certaines d'entre elles ont exprimé des regrets à cet égard : « *si j'avais su, je serais venu, je ne serais pas resté dans les problèmes* ». **L'hôpital** figure en bonne place parmi les administrations qui orientent le public vers les circonscriptions : les femmes y sont orientées dès l'accouchement, ce qui semble confirmer le bon fonctionnement des liaisons hospitalières sur le département. La CAF, et le CCAS sont deux autres administrations qui orientent le public vers les assistants sociaux de la circonscription.

Atouts : l'ensemble des personnes rencontrées ont indiqué être satisfaites de l'accueil en circonscription et ont mis en avant la qualité de l'accompagnement qui leur était proposé. Ils apprécient l'écoute des professionnels et le temps consacré. Par ailleurs, 89% des personnes ont estimé obtenir les réponses attendues lors de leur visite.

Points d'amélioration : le point d'accroche principal se situe au niveau de la visibilité des circonscriptions. Ainsi, les entretiens ont permis de mettre en exergue la difficulté que peuvent avoir les personnes en situation de précarité à trouver l'aide qui leur est nécessaire. Si les partenariats développés au sein du département permettent de travailler cette lisibilité,

il apparaît encore compliqué pour les personnes de connaître les dispositifs à même de leur venir en aide.

5. Les aides au logement en faveur des ménages en difficulté

Le Conseil général a mis en œuvre une politique ambitieuse d'aides à la pierre et exerce des compétences en matière d'aides à la pierre par délégation totale des aides à l'État. Il a choisi de gérer concomitamment, dans un même service, les aides à la personne (registre du social) et les aides à la pierre (registre du développement)

Le département est bien doté en logements sociaux (HLM et autres logements conventionnés) : ceux-ci représentent 21% des résidences principales. Le parc social affiche un taux d'occupation élevé, en raison notamment d'efforts de réhabilitation du parc ancien. Il reste moins développé sur les agglomérations d'Angers, Saumur et Cholet (la part du logement très social dans les logements locatifs y est inférieure à 2%). 42% des ménages vivant dans le parc locatif privé est éligible au logement très social (*source: PDH, 2007*). En outre, le taux de rotation en logement social est trop faible et la demande trop ciblée sur les agglomérations (celles-ci concentrent 60% des demandes sociales locatives)

Les logements inconfortables sont sur-représentés dans l'est du département, qui se signale par un niveau de revenu moindre de sa population. Les propriétaires sont deux fois plus nombreux à occuper un logement inconfortable.

a- Les aides aux collectivités locales

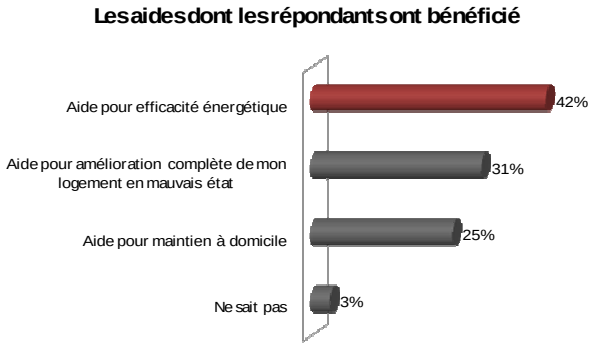
Le Conseil général a signé une convention avec la Caisse des dépôts, qui vise à financer l'acquisition de réserve foncière par les communes dans le cadre des contrats de territoire avec un objectif de 25% de la SHON en logement locatif social.

Depuis 2009, le service Habitat du Conseil général a initié une démarche de contractualisation avec les EPCI, afin d'accorder des financements dans un **cadre cohérent** et de moduler les aides apportées à l'importance des **besoins**. Après un diagnostic qui mobilise notamment les circonscriptions et les autres directions fonctionnelles, et un travail de communication aux élus locaux, le contrat de territoire détermine les objectifs et financements sur une durée de 3 ans. 17 contrats sur 30 ont été finalisés. Le service prévoit la création d'une unité pour aider les acteurs locaux à mettre en œuvre les actions prévues. *Les contrats de territoire ont vocation à devenir un volet des futurs contrats « globaux » de territoire, qui vont être mis en place par la Direction Développement.*

b- Les aides à la pierre

Une enquête menée dans le cadre du schéma auprès de 209 bénéficiaires d'aide à la pierre a permis de faire ressortir un certain nombre de constats :

- L'aide pour efficacité énergétique représente l'aide majoritairement perçue (42% des cas).
- Les personnes ont généralement été informées par le bouche-à-oreille de la possibilité d'aides à la pierre.
- Les démarches sont jugées faciles dans l'ensemble, grâce à la simplicité du formulaire et à l'accompagnement d'organismes (travailleur social, Pact).



- La quasi-totalité des répondants se disent satisfaits des résultats des travaux.
- Pour améliorer le dispositif, il paraît nécessaire de raccourcir le délai de versement de l'aide.

c- Les aides à la personne constituent également une des missions mises en œuvre par le Département

Le département a en charge la création, le financement et la gestion du **Fonds de Solidarité pour le Logement** (FSL), qui vise à aider les ménages concernant les dépenses liées au logement (aide aux locataires en difficulté et mise en place de l'accompagnement social des bénéficiaires). En 2008, le fonds a été mobilisé par **6.505 ménages** avec 9.941 aides individuelles accordées pour plus de 2,13 millions d'euros. Par ailleurs, du 1er janvier au 15 septembre 2009, 5 .571 dossiers ont été reçus, soit une évolution de +14% par rapport à 2008. 71% des aides accordées l'ont été en faveur d'un maintien dans le logement (29% de demandes concernaient l'accès au logement), pour un total de 796.982 euros –soit une moyenne de 283 euros par ménage. Le fonds a vu sa gestion internalisée au 1er janvier 2009, et son règlement d'intervention renouvelé. Les procédures d'attribution ont été harmonisées entre les territoires (avec la mise en place d'une commission unique réunissant 8 instructeurs).

900 ménages bénéficient de **mesures d'accompagnement social lié au logement**, dont plus de 20% sont en situation d'hébergement, sans domicile ou en logement précaire. Les personnes seules et les familles monoparentales représentent 75% du public accompagné en 2008. Le département s'illustre par des montants d'aide allouée élevés : 218 euro par mois-mesure contre maximum 110 euro dans les autres départements de la région. Par ailleurs, le nombre de mesures évoluent de +8,8% en moyenne chaque année, avec une diversification hors Angers (Segré, couronne Sud d'Angers).

En outre, de nouveaux outils ont été développés dans ce cadre :

- l'aide à la **sous-location de logements** : 50 logements privés permettent de reloger des ménages temporairement, même si les relogements restent ensuite difficiles. Ce dispositif se voit cependant mis en péril par le montant des impayés.

- les actions préventives en matière de **maîtrise de l'énergie**

- des **pré-mesures**, dont l'objectif est d'obtenir l'adhésion de la famille pour une mesure d'accompagnement.

Le PDI finance une prestation d'accompagnement social et professionnel de publics hébergés. Près de 150 personnes en ont bénéficié en 2008.

Dans le champ de l'insertion par le logement, le département possède un tissu associatif riche, mais qui manque de coordination et de stabilité. Les accompagnements restent encore cloisonnés entre l'insertion par l'emploi et l'insertion par le logement.

Dans le cadre du dispositif Droit au logement opposable, qui s'inscrit dans le cadre du Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), une commission interbailleurs (12 organismes HLM) a été instaurée pour croiser les informations. Ce dispositif pré-existait dans le département : les bailleurs s'engageaient à trouver des logements à un certain nombre de familles prioritaires. Cet accord collectif départemental a été prolongé afin de pouvoir reloger une trentaine de familles non éligibles au dispositif DALO.

d- Interventions transversales (aides à la pierre et aides à la personne) : exemple de la cellule départementale de l'habitat indigne

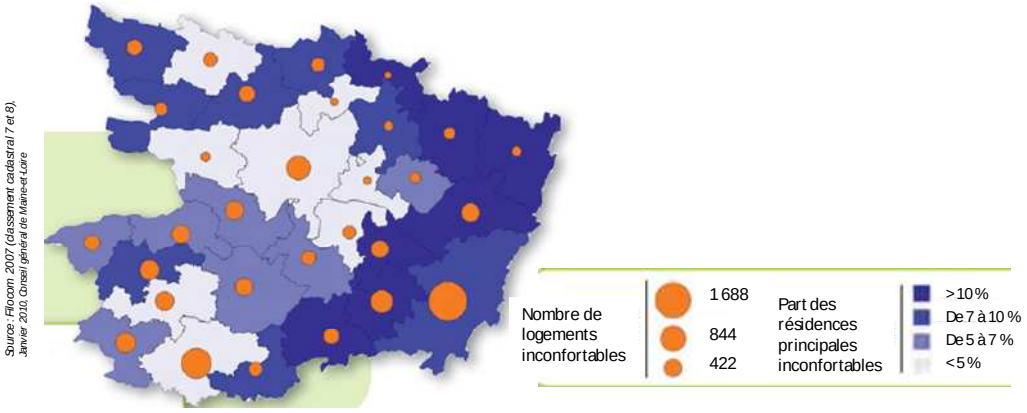
L'Observatoire de l'habitat indigne, prévu par la loi, se voit, dans le département, porté en commun avec l'État. Action innovante du Conseil général, une **cellule de repérage de l'habitat indigne** a été créée, en lien avec les territoires et avec les services de l'État. 75 logements ont été signalés en 2008. Depuis avril dernier, est mis en place un plan de lutte contre l'habitat indigne, financé à 80% par l'État.

Focus sur la cellule départementale de l'habitat indigne

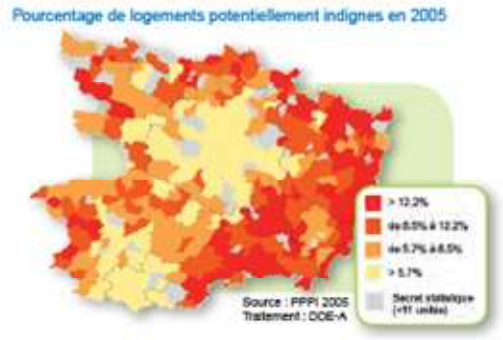
La cellule de l'habitat indigne a été créée en 2008, afin de « faciliter le repérage des situations d'habitat indigne sur le Département par un travail partenarial ». Elle recueille les signalements de logements présentant des signes d'insalubrité, et est activée par les travailleurs sociaux du Conseil général, des 2 CAF ou de la MSA. Dans ce cadre, un dispositif de traitement de ces situations a été mis en place en 2009 pour une durée de 4 ans.

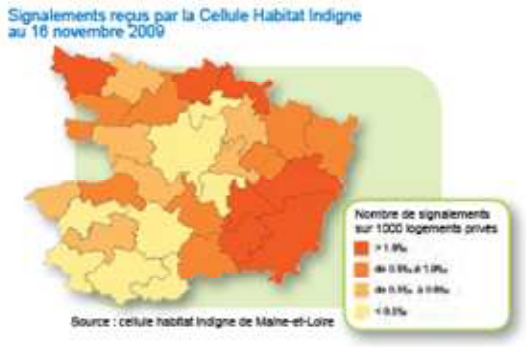
Nombre de logements inconfortables* en 2007

* *logement de qualité « médiocre » cumulant plusieurs défauts majeurs : Logement exigu, absence de salle de bain, humidité, mauvaise isolation, électricité déficiente, fissures dans le plancher, problèmes d'évacuation des WC, nuisances sonores…*
Au sens de l'INSEE, un logement médiocre cumul au moins trois défauts majeurs



Au sein du Département, 1 500 à 5 000 logements apparaissent comme potentiellement indignes en 2005. Depuis le fonctionnement de la cellule, 118 signalements ont été transmis à l'opérateur du dispositif, principalement dans l'Est du Département, et affectant en majorité les locataires, personnes âgées (31% de personnes âgées de plus de 60 ans) et petits ménages du milieu rural.




Signalements reçus par la Cellule Habitat Indigne au 16 novembre 2009
Nombre de signalements sur 1000 logements privés
Source : cellule habitat indigne de Maine-et-Loire

Après examen, la liste des logements du secteur privé, non vacants et aux dysfonctionnements majeurs est transmise à l'équipe de la « MOUS départementale insalubrité » chargée d'évaluer le niveau de dégradation, de préconiser les travaux nécessaires, d'inciter et accompagner la sortie d'insalubrité. La cellule envisage de prendre l'attache avec l'ensemble des professionnels intervenant à domicile (infirmières, professionnels des SAD, …), afin d'assurer une efficacité accrue du dispositif.

Initiatives départementales et locales :

Le Pacte territorial pour l'insertion prévoit la création d'une allocation qui viendrait s'ajouter aux aides de la CAF, afin d'individualiser davantage la charge du loyer selon les ressources des ménages. Il préconise également la création d'un suivi post-action, pour les bénéficiaires de mesures ASLL, ALT ou d'une sous-location.

Le Conseil général a initié une étude sur le développement d'une offre de logements pour le public prioritairement relevant de la DALO .

Une expérimentation a été engagée entre une association d'insertion par le logement (Aide Accueil), une association d'insertion par l'activité économique (Les Jardins de Cocagne) et un bailleur social (ESH Val de Loire), afin d'insérer des personnes défavorisées par un accompagnement global. 12 personnes sont ainsi logées par Aide Accueil et bénéficient d'un accompagnement social lié au logement, tout en travaillant au Jardin de Cocagne. L'ensemble des partenaires sont amenés intervenir, en coordonnant leurs interventions autour de la personne, et dans le but d'une insertion globale.

Chapitre III : L'évolution des publics accompagnés

III. L'évolution des publics accompagnés

Présentation

Les dispositifs sociaux et médico-sociaux sont régulièrement traversés par des dynamiques nouvelles. Celles-ci sont la plupart du temps impulsées par la législation qui contraint/incite les professionnels et les institutions à modifier – parfois en profondeur – leurs pratiques. D'autres dynamiques sont à l'œuvre : plus lentes, plus dispersées, elles émergent souvent par impression, se confirment par diffusion et apparaissent aux yeux de tous souvent dans l'alerte et dans l'urgence. Il s'agit des « nouveaux publics » que les dispositifs sociaux doivent désormais accompagner.

Cette « nouveauté » doit être relativisée. Car ces publics ont toujours été présents. Mais :

- D'une part, la société a toujours su les stigmatiser, voire les cacher loin des centres urbains et dans des centres psychiatriques
- D'autre part la science –que l'on résumera par souci de facilité par « la médecine » - a su développer des techniques qui permettent de mieux dépister les difficultés. L'offre crée alors sa propre demande et des publics que l'on ignorait sont désormais à l'orée du bois.

Un schéma unique doit être en mesure d'identifier et d'accompagner ces « nouveaux » publics. Il ne s'agit ni de stigmatiser des difficultés par rapport à d'autres, ni de les favoriser. En revanche l'action départementale s'inscrit dans un contexte où des orientations nationales viennent aussi irriguer les circuits de financement et appellent le Conseil général à participer aux évolutions de prise en charge.

Dès lors, l'accompagnement des nouveaux publics se mesurera à l'aune de l'adaptabilité des dispositifs, de la force d'innovation des acteurs de terrain et de la capacité des professionnels à modifier leurs pratiques.

A) La complexification des profils – vers la souffrance et le handicap psychiques

A retenir

Atouts :

- La constitution de réseaux accompagnant le handicap psychique

- Un maillage intéressant en CMP mais qui reste à renforcer

- Un partenariat développé en matière de handicap psychique sur le département

- Des réponses diversifiées pour l'accompagnement du handicap psychique

- La réalisation d'actions autour de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique.

Points d'amélioration :

- L'accompagnement des jeunes « difficiles » par les structures de l'ASE

- Le maintien en secteur psychiatrique à défaut de solution médico-sociale

La Société est traversée par une remise en cause de deux institutions sociales : **le travail et la famille**. D'une part, le délitement de la société salariale, et plus précisément la précarité de l'emploi (contrats à durée déterminée, temps partiel subi…), d'autre part, l'éclatement de la cellule familiale et la diffusion de la monoparentalité, conduisent à une évolution des formes de désocialisation parmi la population.

Les personnes à bas revenus sont soumises à des contraintes fortes : l'accès à un marché de l'emploi dégradé et aux exigences de qualification de plus en plus élevées, la difficulté d'obtenir un logement adapté, la gestion d'un budget restreint…

Conséquence de cet environnement économique et social, **le profil des usagers se complexifie** : un nombre croissant de personnes rencontrent un cumul de problématiques sociales lourdes, vis-à-vis de l'emploi mais aussi du logement, de la santé, de la vie sociale et familiale...

Depuis les années 1990, les professionnels de l'action sociale et médico-sociale se font le relais de ces difficultés, à la fois sociales et psychologiques, parmi les usagers qu'ils reçoivent et accompagnent. Aussi, une réflexion émerge-t-elle autour du **phénomène de souffrance psychique**, qu'on peut définir par une « souffrance subjectivement ressentie d'origine sociale »[13] ; elle est à distinguer de la maladie mentale ou psychique. Les conduites

[13] Rapport pour la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Antoine Lazarus, février 1995

addictives (et notamment la multi-consommation), qui, selon les acteurs de terrain, touchent un public plus large (désormais les femmes) et plus précoce, sont un reflet, un symptôme et un facteur aggravant de la souffrance psychique.

Ces difficultés psychosociales **interrogent les modalités-mêmes de l'accompagnement social ou médico-social proposé aux usagers** – qu'il s'agisse de l'insertion des bénéficiaires du RMI et maintenant du RSA, du travail éducatif auprès des enfants et des jeunes, de l'accompagnement des personnes handicapées… En effet, la souffrance psychique et les symptômes qui l'accompagnement (sentiment de ne plus pouvoir assumer ses responsabilités, absence de capacité de mobilisation autour d'un projet, dénégation, agressivité…) rendent impossible la mise en place de solutions dans le cadre de dispositifs classiques, qu'ils soient sociaux ou psychiatriques. Les professionnels notent donc pour une partie des publics qu'ils accompagnement **la récurrence des échecs** (par exemple, la succession d'actions d'insertion sans progression de la situation) **ou des ruptures de trajectoires** (fin de prise en charge au sein du MECS d'un adolescent difficile mettant en difficulté le travail des éducateurs).

Ces publics, à défaut de prises en charge adaptées, font l'objet de **renvois entre les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux**, ce qui conduit à définir des catégories de personnes comme « à la marge » des dispositifs, entre insertion et handicap par exemple (« jeunes avec profil difficile », « personnes en situation de handicap social »)… Ces publics nouveaux posent ainsi des enjeux forts en termes de **coordination** au sein du secteur social et médico-social, mais également avec le secteur psychiatrique : notamment par manque de perspective préventive, la faible articulation du secteur psychiatrique laisse généralement aux professionnels du secteur social et médico-social l'impression de devoir assumer seuls le traitement de problématiques qu'ils ne maîtrisent pas[14].

Initiatives départementales et locales :

La ville d'Angers réalise un travail important en matière de soutien aux personnes présentant des troubles psychiques, à travers la Direction Santé publique : 170 personnes accompagnées en 2008.

Le Réseau de souffrance et de précarité angevin (RESPPA), réseau d'acteurs institutionnels et associatifs (Conseil général, CHU, CESAME, Mission locale, Habitat 49, DDASS, CPAM, …) intervient dans le cadre de la souffrance psychique sur l'agglomération angevine et réalise auprès des professionnels des missions de coordination (« équipe pluri disciplinaire » d'échange), et de formation. Ce réseau permet notamment à tout usager qui se met en contact avec un professionnel d'accéder à l'ensemble des ressources de ce réseau.

En 2006 et 2007, dans le cadre du PDITH, la DDTEFP a mis en place une prestation expérimentale d'accompagnement de personnes en souffrance psychique vers les emplois aidés (ASECA).

[14] Freud décrit dans *Malaise dans la civilisation* « la souffrance d'origine sociale » comme la souffrance du fait de « la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux dans la famille, l'État et la société ».

L'ensemble des évolutions précitées traversent le secteur de l'enfance et tendent à modifier le **profil des jeunes suivis dans le cadre de l'ASE**. Ainsi, les entretiens réalisés dans les établissements ont fait ressortir un certain nombre de problématiques et d'enjeux qui interrogent directement la configuration de l'offre et les modalités d'organisation des réponses.

En premier lieu, les professionnels soulignent la multiplicité des problématiques en jeu : difficultés familiales, mais également scolaires, psychiques, sociales… que les réponses d'accueil doivent prendre en compte de manière globale et articulée.

A titre d'exemple le rapport du CAREPS[15] a mis en évidence un certain nombre de caractéristiques quant au profil des jeunes pris en charge dans le département, qui soulignent la nécessité d'une approche plurielle. En premier lieu, la prégnance des difficultés sociales dans les familles des enfants confiés, avec notamment une proportion importante de familles monoparentales apparaît prégnante (50% des jeunes de 7 à 17ans). En second lieu, l'acuité des problématiques d'addictions (alcoolisme, toxicomanie) et de santé psychique – 56% des jeunes de 7à 17 ans bénéficie d'un suivi psychologique/psychique.

À ce titre, l'enjeu de la formation et de l'information des professionnels apparaît primordial. Ces derniers en effet doivent être en capacité de repérer et d'objectiver des difficultés, et surtout d'activer les réseaux et ressources à même de favoriser l'efficacité des réponses (exemple : articulation avec l'éducation nationale, recours aux professionnels de la pédopsychiatrie).

En second lieu, d'après les éléments recueillis, nombre de jeunes accueillis ont préalablement connu des mesures d'accompagnement et/ou de prise en charge : accueil en famille, mesure AEMO, AED… avant un accueil. A titre d'exemple, le rapport du CAREPS sur les jeunes accueillis dans le Maine et Loire a fait le constat d'une surreprésentation d'antécédents de prise en charge (notamment périnataux, deux fois plus importants que dans les départements de comparaison).

Ce qui pose directement la question de la continuité des prises en charge et de l'adaptation du suivi à l'histoire de l'enfant et de ses accompagnements successifs. A cette logique de parcours doivent répondre des prises en charge coordonnées, articulées en « synchronie » (accompagnements concomitant en raison de la pluralité des difficultés) et en « diachronie » (accompagnements successifs).

En troisième lieu, la catégorie - certes protéiforme et souvent nébuleuse - de **« jeune difficile » doit faire l'objet d'une réflexion dans le cadre du schéma.** Sont particulièrement visés les jeunes mettant, de manière récurrente, en difficulté voire en échec les différentes réponses d'accueil. Cette préoccupation doit apparaître comme un axe de travail prioritaire, et un rapport a été réalisé en avril 2008 pour le compte de l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger sur ce thème[16], permettant d'afficher l'intérêt porté par l'ONED aux mesures de préventions, de dépistage et de prise en charge qui concernent la

[15] Rapport réalisé par le CAREPS, « Étude sur les enfants confiés à l'ASE de Maine-et-Loire », décembre 2009

[16] « Enfants et jeunes en difficultés multiples », ONED, avril 2008

population des mineurs dits « incasables ». Par ailleurs, l'ensemble des professionnels fait état de l'augmentation de l'accueil en MECS d'enfants bénéficiant d'une orientation MDPH, et qui sont amenés à se tourner vers ce type d'accompagnement suite aux fermetures des internats dans les IME et les ITEP.
Un questionnement de fond doit être mené - et il ne se « limite » pas à l'accueil d'urgence. Le Département souhaite-t-il élaborer une offre *ad hoc*, sur le modèle des lieux de vie et/ou de structures mobilisant à la fois des compétences éducatives et sanitaires ? Ou alors plutôt privilégier une organisation en réseau, fondée sur l'adaptabilité et la souplesse (mais supposant une coordination optimale) afin d'individualiser des réponses pour ces jeunes, pour qui l'offre existante semble inadéquate ? (c'est l'idée de la « prise en charge partagée », instituée dans le Maine et Loire, mais qui ne concerne encore qu'un nombre limité de situations). Bien entendu, ces enjeux concernent à la fois l'accueil en établissement et les assistants familiaux.

Le dispositif en faveur des enfants en situation de handicap psychique

En termes de taux d'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile, le département apparaît **sous doté au regard des rapports nationaux** (0,74 contre 0,92 en moyenne nationale).

Le CESAME est un acteur essentiel sur le territoire angevin ; il assure la psychiatrie de liaison avec l'ensemble des services du CHU : néo-pédiatrie, réanimation pédiatrique, chirurgie pédiatrique et oncologie pédiatrique. Il travaille de façon étroite avec l'ensemble des partenaires, dans le cadre du dépistage ou de l'accompagnement de l'enfant et l'adolescent.

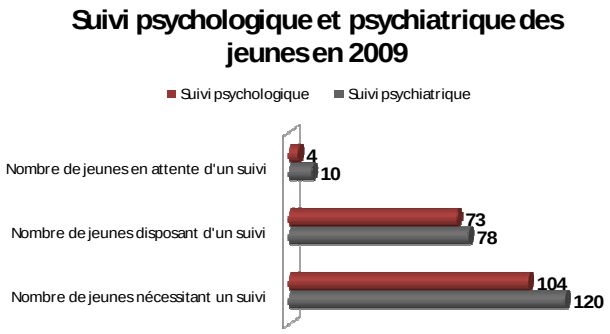
En ce qui concerne le territoire de Cholet, le projet médical de territoire pointait en 2006 des difficultés importantes en termes d'hospitalisation complète des adolescents, amenant à des hospitalisations régulières au sein du secteur adulte.

L'offre en ambulatoire : 4 CMP sont rattachés au CESAME, 1 au CH de Cholet et 1 à Saumur. Le dispositif permet de mailler le territoire de façon efficace : ainsi, si par exemple le territoire de Saumur ne compte qu'un CMP à Saumur, plusieurs antennes ont été ouvertes (avec en moyenne une ouverture 1 jour par semaine, à Doué-la-Fontaine, Beaufort-en-Vallée, Baugé).

Cependant, des difficultés peuvent être soulevées à Cholet, avec d'importantes inégalités territoriales (absence de CMP à Beaupré, Chemillé et Saint-Macaires en Mauges, ou encore à Mortagne et Chemillé pour les CMP adultes). Par ailleurs, le rôle des CMP sur le territoire n'est pas encore réellement identifié par les médecins libéraux en termes de gestion de crise ou d'urgence.

A titre d'illustration, l'enquête menée auprès des établissements ASE du département permet de faire ressortir un certain nombre de constats : on relève en effet un écart entre le nombre de jeunes disposant d'un suivi, et le nombre de jeunes nécessitant un suivi psychologique et psychiatrique – qui permet de mesurer le niveau de besoin de prise en charge psy. On remarque que l'écart est sensiblement équivalent qu'il s'agisse d'un suivi

psychologique ou psychiatrique. En revanche le nombre de jeunes en attente d'un suivi psychiatrique est plus important que le nombre de jeunes en attente d'un suivi psychologique.



Initiatives départementales et locales :

La relocalisation de la psychiatrie infanto-juvénile sur le plateau des Capucins, assurant ainsi une proximité accrue entre le CHU, le CESAME et le C3RF.

La mise en place d'une convention entre le CESAME et l'Inspection Académique de Maine-et-Loire pour la mise à disposition de six enseignants spécialisés assurant la prise en charge des enfants déscolarisés et la liaison avec les écoles.

Le dispositif en faveur des adultes en situation de handicap psychique

La loi de 2005 a permis de reconnaître que les manifestations de troubles psychiques dans la vie quotidienne constituent un « handicap », désigné par les termes de « handicap psychique ». Suite à cette disposition, l'État s'est emparé de cette problématique à travers notamment le plan Psychiatrie et santé mentale, qui permet de poser la nécessité d'une approche globale de la personne et de la prise en compte de ces besoins multiples, sanitaires et sociétaux lors de l'accompagnement.

Le handicap psychique constitue une problématique que les pouvoirs publics s'approprient, et une réelle prise de conscience et des réflexions ont émergé depuis 2005. Cependant, on compte encore en France un déficit important en termes de mise en place d'accompagnement adapté, quel qu'il soit. Le département de Maine-et-Loire n'échappe pas à la règle et doit ainsi construire sa réflexion sur les modes d'accompagnement qu'il souhaite développer. Selon l'UNAFAM, en partant sur la base du taux de prévalence de 1% de la population, le département compte aujourd'hui 7 500 personnes présentant des troubles psychiques.

Le partenariat en la matière est très développé sur le département, et le CESAME et largement identifié par l'ensemble des partenaires.

En termes d'équipement, on notera :

- en psychiatrie générale, le département apparaît au 1er janvier 2008 **mieux doté** que la région, ainsi que la moyenne des autres départements de France (1,64‰ dans le Maine-et-Loire contre 1,47‰ en France et dans la région).
- les dispositifs offerts et tout particulièrement le CESAME, permettent de proposer une palette complète et de qualité en termes d'accompagnement. Des CMP adultes (14) et des CATTP (12), un accueil familial thérapeutique adulte de 21 familles en 2009 (accueil de 30 adultes) et 1 famille permettant d'accueillir 3 enfants. Dans le cadre du dispositif équipe mobile de psychiatrie (projet déposé par le CESAME en 2006), une plateforme a été mise en place, le Dispositif d'appui en santé mentale (DIASM), porté par l'association ALPHA. Financée en majeure partie par l'État et le Conseil général, elle s'adresse à toutes personnes en situation de précarité sur le territoire et l'agglomération angevine, ainsi qu'aux travailleurs sociaux qui les accompagnent.
- le bilan qui concerne les **3 GEM du département** (Angers, Saumur, Cholet) se révèle positif. La question de **l'insertion sociale** est une dimension générant de grandes difficultés pour les personnes présentant des troubles psychiques. Dans ce sens, trois Groupes d'entraide Mutuelle (GEM) ont été mis en place sur le territoire. S'ils souffrent encore d'une absence de lisibilité et d'ancrage sur le territoire, leur bilan est aujourd'hui positif. Ainsi, il apparaît nécessaire d'approfondir le mouvement enclenché à travers une extension de l'ouverture des GEM et une participation plus active des usagers. Par ailleurs, d'autres modalités d'accompagnement dans l'insertion sociale doivent être explorées.
- Un **certain nombre d'établissements et services** ont été créés pour prendre en charge ce public spécifique : 1 SAMSAH et 2 SAVS, pour un total de 60 places ; 1 FH et 2 ESAT, pour 124 places au total ; 1 FAM de 25 places. Par ailleurs, d'autres projets ont été déposés ou sont en cours de création.
- Des **possibilités plus souples d'accompagnement** existent : c'est le cas par exemple des appartements associatifs gérés par la Croix Marine, permettant d'accueillir 30 à 40 personnes. Par ailleurs, des associations ont déposé des projets en ce qui concerne le développement de maisons relais et de résidences d'accueil.

La question de **l'insertion professionnelle** est également prise en compte au sein du département, à travers l'existence de plusieurs dispositifs

Le schéma précédent avait fait l'objet d'un axe spécifique au sujet de **l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles psychiques**. Ainsi, le département souhaite voir se développer des passerelles entre le milieu de la psychiatrie et le milieu professionnel.

La difficulté relative à l'insertion professionnelle peut être illustrée par les chiffres du rapport d'activité 2008 du CESAME. Sur leurs patients âgés de 15 à 24, 31,5% occupent un emploi en milieu ordinaire, contre 81% pour la population du département de la même tranche d'âge. Par ailleurs, 5,9% occupent un emploi en milieu protégé.

Au niveau du département, des services d'accompagnement se sont développés, tournés vers l'insertion professionnelle. Des ESAT ont également mis en place des conventions avec le CESAME. Cependant, si les liens se développent progressivement, on observe encore des réelles difficultés dans la coordination, qu'il s'agit de travailler.

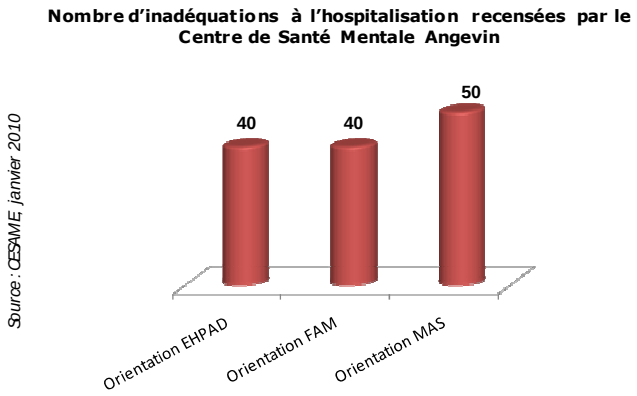
Par ailleurs, la **santé mentale**, inscrite comme priorité du PDI, représente la problématique plus fréquemment citée par les professionnels comme obstacle à l'insertion. Le Service Insertion soutient des actions ayant vocation **à amener les bénéficiaires vers le droit commun**, plutôt que des actions qui s'y substituent. Ainsi, **des infirmiers et des psychologues réalisent des permanences** chez différents partenaires (circonscriptions du Conseil général, CCAS, Mission locale) afin d'accueillir et d'orienter le public. Le PDI finance, à Angers, le Dispositif d'Appui en Santé Mentale (DiASM), équipe pluri-professionnelle dans le domaine de la santé psychique. Insister sur le financement et le fort soutien du CG par rapport au DIASM. Autres exemples, des temps d'échange ont été organisés entre professionnels afin d'apporter un éclairage pluridisciplinaire sur des situations problématiques ; des opérations ponctuelles de promotion de la santé sont également soutenues (forum « Santé-Bien-Être" d'Avrillé, rencontre départementale des ACI sur la thématique santé…). Sur le volet handicap : 320 bénéficiaires du RMI (fin 2008), soit 3% du public RMI, sont reconnus travailleurs handicapés dans le département. Les acteurs relèvent un développement du travail partenarial, favorisé par les liens qui s'opèrent entre le PDITH, le PDI/PTI et le Service public de l'emploi.

Initiatives départementales et locales :

Des services d'accompagnement en faveur des personnes présentant des troubles psychiques ont été créés : un service d'accompagnement en faveur de l'insertion professionnelle (association API, 20 places), le SAMSAH Arceau Anjou et Bords de Loire en faveur des personnes handicapées psychiques de 40 places et un SAVS Alpha.

Des marges de progrès demeurent :

- Des patients, dont l'état de santé ne justifie pas, ou plus, une hospitalisation en psychiatrie mais qui, compte tenu d'un manque d'autonomie, nécessitent une entrée en structure médico-sociale, sont **maintenus en psychiatrie par défaut de places.** Parmi les personnes accueillies au CESAME, on compterait aujourd'hui environ **130 personnes** dont l'hospitalisation complète ne répond plus à leurs besoins.



Ces constats appellent la nécessité d'apporter des alternatives à l'hospitalisation complète. Dans ce cadre, le CESAME va ouvrir une Maison d'accueil spécialisée de 44 places (40 places en hébergement complet et 4 places en temporaire), ayant vocation à accueillir 40 des 50 personnes répertoriés comme « inadéquats ».

- Baugé et Saumur ne bénéficient pas d'actions de santé psychique depuis la disparition de l'association Dialogues en juillet 2008. Par ailleurs, les territoires de Saumur et Cholet apparaissent moins pourvus en termes de psychiatres libéraux, ce qui peut être de nature à poser des difficultés lorsque les services de psychiatrie hospitaliers sont chargés.
- En ce qui concerne la **problématique des 16-25 ans**, pour lesquels une prise en charge au sein d'un établissement de type FAM ou MAS n'apparaît pas du tout adaptée, il est nécessaire de s'interroger sur les solutions alternatives qui pourraient être mises en œuvre.
- Enfin, la problématique des **personnes handicapées psychiques vieillissantes** doit permettre de se poser la question de la pertinence de la mise en place d'unités géronto-psychiatriques

Initiatives départementales et locales :

Le CESAME est amené à intervenir dans certains établissements médico-sociaux de type maisons de retraite ou foyers-logement, dans le cadre de conventions

Intervention formalisée depuis 2006 du secteur de psychiatrie adulte du saumurois au projet de « Consultation Mémoire » en lien avec le département de gériatrie du CH de Saumur

Plus généralement, il apparaît nécessaire de mener une réflexion sur les **nouvelles formes d'accompagnement** à développer dans le cadre de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique.

On peut par exemple citer le développement de la notion de « psychiatrie citoyenne », consistant dans le développement de structures légères non médicalisées, permettant la réhabilitation psychosociales de ces personnes à travers un accompagnement spécifique. Il

existe également des « maisons relais », au sein desquelles deux types de publics vivent ensemble : les personnes présentant des troubles psychiques avec des personnes n'en présentant pas.

Le département compte actuellement peu de structures d'accompagnement innovant. Ainsi, l'accueil familial thérapeutique peut apparaître comme une mesure d'accompagnement spécifique, permettant de favoriser et faciliter la réadaptation du malade, et, lorsque cela est possible, sa réinsertion. Il peut constituer ainsi une transition avant une orientation sociale ou médico-sociale. Sur le département, le service de l'accueil familial a été créé au sein du CESAME en 1990 pour les adultes et 1993 pour les enfants. Il compte aujourd'hui 22 familles, dont une pour les enfants, permettant d'accueillir ainsi 33 personnes en 2007. Un accueil familial thérapeutique existe également à Cholet. Concernant les appartements thérapeutiques, plusieurs existent sur le territoire mais en nombre relativement faible. Ils sont essentiellement gérés par l'Association Croix Marine.

De façon plus générale, il apparaît essentiel que l'ensemble des acteurs se coordonnent autour de la question du handicap psychique, afin d'éviter les ruptures de prises en charge fréquents pour ces personnes. La question du lien entre le secteur sanitaire et social doit être travaillée.

Initiatives départementales et locales :

Le projet de création d'un Centre régional de ressources sur le handicap psychique

La politique de soins intersectorielle du CESAME à travers la création d'un **CMP intersectoriel**, qui s'appuie sur un socle sectoriel cohérent favorisant le travail en réseau et qui développe l'aide à la réinsertion des malades – ouverture à des horaires élargies (de 17 heures à minuit, et le week-end), et la mise en place d'une **équipe mobile psychiatrie-précarité** au sein du CESAME (DIASM porté par l'association ALPHA API).

L'existence des unités mobiles de géronto-psychiatrie sur le territoire de recours de Cholet et une pour les territoires, permettent de renforcer sensiblement les liens entre le secteur gériatrique et psychiatrique

B) Les personnes présentant des Troubles autistiques ou des Troubles Envahissants du Développement (TED)

A retenir

Atouts :

- La constitution de réseaux accompagnant le handicap psychique

- En application du plan national, développement des places dédiées à l'autisme (pour les enfants)et aux troubles envahissants du développement

- La mise en place d'un CRERA à Angers, permettant de répondre à l'objectif de prévention posé par le Plan Autisme

Points d'amélioration :

- Le repérage et la formation de l'autisme représentent des enjeux essentiels qui nécessitent d'être travaillés dans le cadre du schéma

La prise de conscience de l'ampleur des problématiques liées à l'autisme s'est surtout concrétisée par le premier plan autisme 2005-2007 (création de places en établissements et services spécifiquement dédiées aux enfants et adultes autistes) et par le nouveau plan 2008-2010 tentant d'apporter des réponses non seulement quantitatives (4 100 places supplémentaires) mais aussi qualitatives. Ainsi, ce dernier plan national comprend 3 axes de développement, qui doivent constituer autant de réflexions à porter au niveau départemental :

- Mieux connaître pour mieux former : le but est ainsi de faire disposer à l'ensemble des professionnels qui gravitent autour de la situation de l'enfant (enseignants, professionnels des ESMS et de santé). L'Association Autisme indique en 2009 que la formation des MDPH à l'autisme constitue un enjeu fort, les orientations se révélant le plus souvent inadaptées du fait non seulement de solutions insuffisantes au sein des départements, mais également de la méconnaissance des professionnels de la MDPH.

- Mieux repérer pour mieux accompagner : le Plan prévoit la mise en place d'un dispositif d'annonce du diagnostic, dans le but d'améliorer l'orientation et l'accompagnement des familles. Par ailleurs, il souhaite soutenir l'accès au milieu ordinaire, notamment en renforçant les partenariats entre les établissements ordinaires et les établissements spécialisés, et en ouvrant l'accès des « maisons relais » ou des « résidences accueil » aux adultes autistes.

- Diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne : l'augmentation du nombre de places d'accueil a été définie comme une priorité. Au total 677 places ont été autorisées entre 2007 et 2009, dont 93 places en I.M.E Autisme.

- Par ailleurs, le Plan Autisme souhaite voir se développer des formes innovantes d'accompagnement, des projets expérimentaux.

Les difficultés éprouvées par les familles sont sensibles : détection trop tardive du trouble, approche psychanalytique au détriment de l'approche comportementaliste (l'autisme dépend de l'institution psychiatrique au détriment des traitements fondés sur l'apprentissage), insuffisance de place d'accueil dans en milieu scolaire (AVS et CLIS), dans les IME et SESSAD (enfants placés sur une liste d'attente et dont les familles ne bénéficient plus d'aucun suivi ni d'aucune assistance dans leur démarche), dans les établissements pour adultes. Le dernier recours est l'hôpital psychiatrique souvent inadapté.

La problématique de l'autisme et des TED a fait l'objet d'une **prise de conscience** et du **développement de solutions** dans le département : quatre SESSAD spécialisés et six SESSAD polyvalents sont en mesure d'accompagner des enfants présentant des troubles autistiques, ainsi que sept I.M.E (ou sections au sein d'I.M.E). On compte ainsi **93 places** en établissement au sein du département de Maine-et-Loire pour les enfants présentant des troubles envahissants du développement, soit 0,45 places pour 1 000 personnes de moins de 20 ans (contre 0,08 pour la moyenne régionale). Le département apparaît donc comme un bien doté, après avoir pris la mesure de cette problématique. Par ailleurs, l'effort engagé par le Maine-et-Loire va se poursuivre, avec la prévision de **157 places** au total en 2012, permettant ainsi une création de places à Saumur, alors même qu'il s'agissait jusqu'alors de la seule agglomération qui n'en disposait pas.

Le département ne compte pas de FAM Autistes ni de structures spécifiquement dédiées aux adultes sur ce thème. Ils sont donc accompagnés au sein des structures classiques, ou ne sont pas du tout pris en charge par le dispositif. Un FAM va cependant ouvrir ses portes en 2011 à Brissac, permettant d'accompagner spécifiquement les adultes présentant des troubles autistiques. **L'effort mis en œuvre par le Département au niveau des structures pour enfants et adolescents doit nécessairement se poursuivre pour les adultes, sous peine d'engendrer des ruptures dans l'accompagnement.**

Le Centre régional d'études et de ressources pour l'autisme et les troubles envahissants du développement (CRERA), ouvert à Angers depuis avril 2007, permet d'aboutir à des diagnostics précoces. Il assure l'accueil, l'accompagnement, le diagnostic et l'évaluation de l'autisme et des TED de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Il assure également des missions d'information, de conseil, d'orientation, de formation et de recherche.

Malgré ces évolutions très positives, des difficultés demeurent.

Le pédiatre de famille peut être une première clé d'entrée vers le diagnostic. Cependant, sa formation initiale ne semble pas toujours être à même de permettre la détection des premiers signes à six mois. Les parents sont alors amenés à réaliser eux même des recherches. Les modalités d'accompagnement sont découvertes sur internet (psychologues, psychomotriciens, …) et les parents consultent sans construire un parcours cohérent de prise en charge. Par ailleurs, des difficultés sont perceptibles dans le cadre d'une prise en charge en CMP, au sein duquel l'autisme est considéré comme une maladie. De ce fait, le dépôt de dossiers en MDPH est très tardif et plusieurs années de prise en charge sont perdues.

À ce jour, le CAMSP semble constituer la meilleure clé d'entrée, permettant un diagnostic rapide et étant de nature à diminuer les phénomènes d'errance des parents. L'importance

d'un maillage territorial homogène doit être réaffirmée, dans un contexte de développement des troubles psychiques et autistiques.

Enfin, un point d'accroche, en relation avec la formation des professionnels concerne les méthodes d'accompagnement. Il existe en effet une pluralité de méthodes d'accompagnement (méthode ABA, méthode TEACCH, méthode PECS, …) dont l'enjeu principal réside dans la mise en place d'un socle commun d'accompagnement entre les différentes structures.

De manière plus globale, une réflexion doit être menée dans le cadre du schéma, sur le développement à la fois de l'accompagnement au sein de structures classiques, mais adaptées à ce public (un certain nombre de départements créent par exemple des FAM « Autisme »), sur l'accompagnement en milieu ordinaire (impliquant le développement de services à domicile spécialisés) mais également sur l'accompagnement au sein de structures innovantes.

C) Les personnes handicapées vieillissantes

A retenir

Atouts :

- La création d'unités spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes

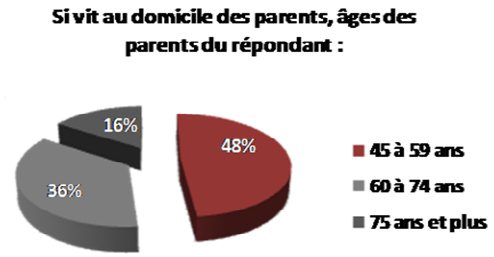
Points d'amélioration :

- Un travail à réaliser sur les travailleurs handicapés retraités

Organisation du dispositif

L'espérance de vie des personnes handicapées s'accroît du fait des progrès médicaux et d'une prise en charge plus adaptée. Au 31 décembre 2008, 4 437 de bénéficiaires de l'AAH ont entre 40 et 59 ans (soit 52%), et 624 bénéficiaires ont plus de plus de 60 ans, soit 7% *(données CAF et MSA).* Ainsi, près de 60% des bénéficiaires sont âgés de 40 ans et plus.

Par ailleurs, l'enquête menée auprès des bénéficiaires de l'AAH dans le département (470 répondants) montre une propension importante de foyers dans lesquels la personne handicapée vit chez des parents âgés : la moitié des parents hébergeant leur enfant adulte handicapé a plus de 60 ans, dont 16% plus de 75 ans. La problématique du

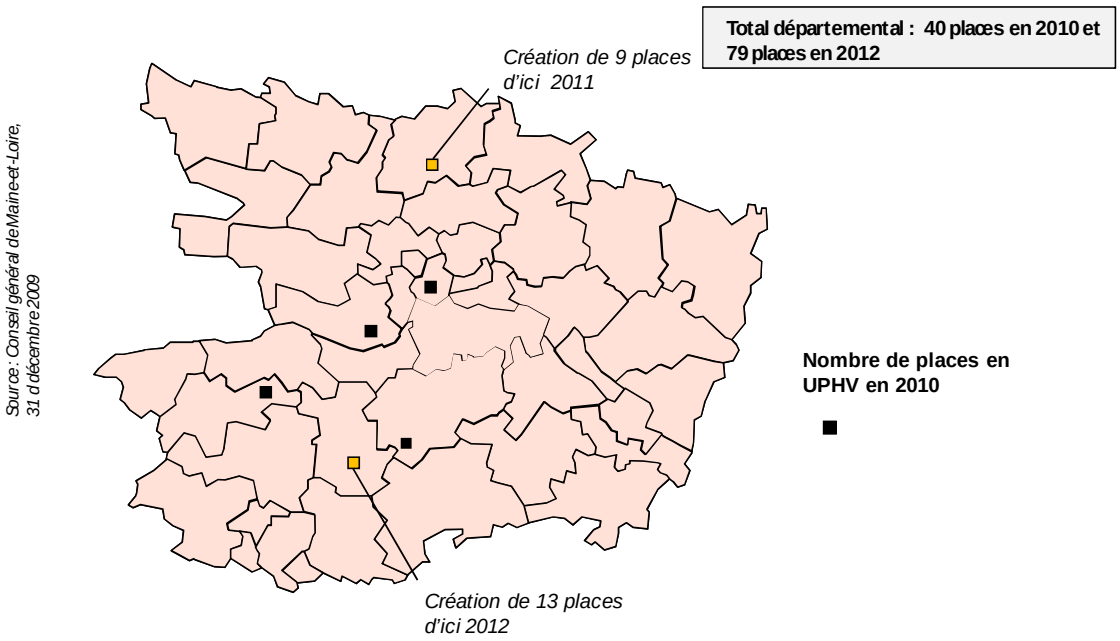


vieillissement des aidants naturels des personnes en situation de handicap et les solutions de répit ou de relais pour y répondre doivent ainsi ne pas être négligées dans les réflexions du schéma.

La problématique de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes a déjà été travaillée dans le cadre de la mise en œuvre du précédent schéma 2005-2010.

Une fiche-action avait été consacrée au thème « Adapter l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes », permettant d'impulser une réflexion autour de ce thème. Du schéma précédant ont émergé les projets relatifs à la création d'unités spécialisées, UPHV et UPHA, laissant ouvert l'accueil de ces personnes au sein des établissements spécialisés handicap ou au sein de maisons de retraite. Le développement de ces unités est prévu dans les années à venir (39 places en UPHV d'ici 2012 et 12 places en UPHA), permettant ainsi au département de compter au total **79 places en UPHV** et **52 places en UPHA**.

Carte d'implantation des Unités pour personne handicapées vieillissantes


Total départemental : 40 places en 2010 et 79 places en 2012
Création de 9 places d'ici 2011
Source : Conseil général de Maine-et-Loire, 31 décembre 2009
Nombre de places en UPHV en 2010
Création de 13 places d'ici 2012

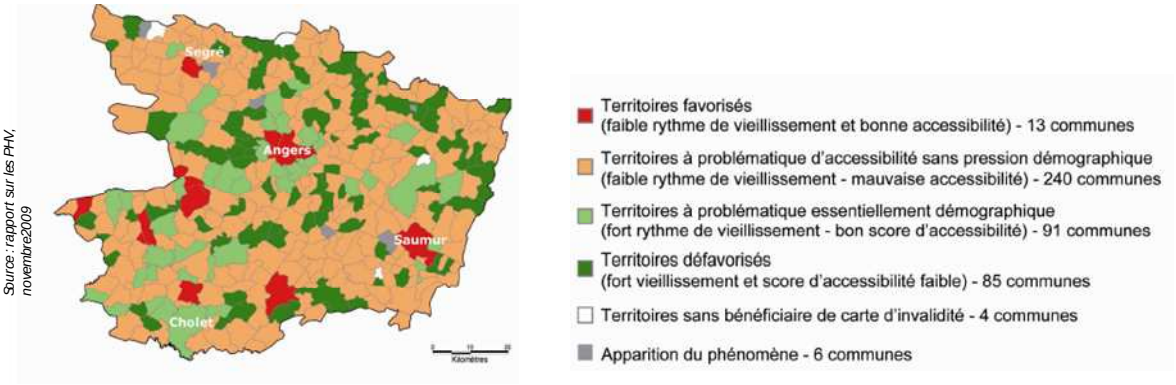
Une réflexion avait été entamée et a donné lieu dans un premier temps à la création de deux types de structures : des ***Unités pour personnes handicapées vieillissantes*** (UPHV), intégrées au sein d'établissements et destinées à accueillir des personnes de 40 à 59 ans. À ce jour, quatre structures sont ouvertes, pour 40 places au total. 39 places ont vocation à être créées d'ici début 2012. Par ailleurs, des ***Unités pour personnes handicapées âgées*** (plus de 60 ans), intégrées à des maisons de retraite et destinées aux plus de 60 ans, ont également été mises en place : 2 de 40 places, et 1 en 2011 pour 12 places. On compte

ainsi 52 places de cette nature. Actuellement, seul le Baugeois et Angers disposent de telles structures.

Orientations en cours en ESMS	Nb de décisions favorables	Nb d'admis en établissement	Taux d'admission
UPHV	27	27	100%
EHPAD (PH > 60 ans)	244	104	43%

Par ailleurs, un rapport concernant le vieillissement des personnes handicapées a été réalisé fin 2009 et met en exergue des constats et un certain nombre de pistes d'orientations[17].

Plusieurs constats ont émergé : tout d'abord la concentration des personnes au sein des zones urbaines (Angers, Cholet, Saumur), avec une ruralité plus marquée pour les personnes de plus de 60 ans. L'étude met en avant des espaces sur lesquels une attention particulière devra être portée, qui ne sont plus nécessairement les espaces urbains, mais des zones intermédiaires (les cantons de St-Georges-sur-Loire, St Quentin le Vieil, ou encore Longué-Jumelles). Par ailleurs l'analyse de l'adéquation entre l'accessibilité des communes et le nombre de bénéficiaires de la CI âgés de 40 ans et plus – permet de repérer des communes peu accessibles, alors même qu'elles disposent d'un nombre important de personnes handicapées âgées. C'est le cas par exemple des communes situées entre Notre-Dame-d'Allençon et Noyant-la-Plaine au Sud ou des communes de Soeurdres et Contigné au Nord.


Segré
Angers
Saumur
Cholet
Territoires favorisés
(faible rythme de vieillissement et bonne accessibilité) - 13 communes
Territoires à problématique d'accessibilité sans pression démographique
(faible rythme de vieillissement - mauvaise accessibilité) - 240 communes
Territoires à problématique essentiellement démographique
(fort rythme de vieillissement - bon score d'accessibilité) - 91 communes
Territoires défavorisés
(fort vieillissement et score d'accessibilité faible) - 85 communes
Territoires sans bénéficiaire de carte d'invalidité - 4 communes
Apparition du phénomène - 6 communes
Source : rapport sur les PHV, novembre2009

Plusieurs points de vigilance peuvent être soulevés :

- Le **passage à la retraite des travailleurs en ESAT**, après avoir été actifs pendant de nombreuses années, est une étape difficile pour les personnes concernées. Une transition « en douceur » doit pouvoir être envisagée.

[17] Les personnes handicapées vieillissantes et âgées en Maine et Loire - Etat des connaissances", Rapport d'étude / Rédigé par Sébastien Fleuret, Chargé de recherche CNRS / Novembre 2009

- Face au **sentiment de « déracinement »** que peut ressentir une personne qui changera de structure passé un certain âge, une réflexion pourrait être engagée sur l'adaptation de l'existant, permettant ainsi aux personnes de vieillir dans le lieu qu'elles souhaitent, qu'il s'agisse d'un établissement différent ou de la même structure. Si cette adaptation faisait l'objet du précédent schéma, ce mouvement doit être continuellement impulsé au sein des établissements existants.

- L'adaptation de l'existant passe aussi par l'adaptation des professionnels aux situations nouvelles auxquelles ils sont confrontés.

- Enfin, la nécessité de garantir la qualité de l'environnement au sein duquel va évoluer la personne : accessibilité de son logement, existence de transports adaptés ou encore lutte contre l'isolement social.

Plus globalement, la réflexion entamée lors du précédent schéma doit être poursuivie.

Au niveau départemental, le mouvement enclenché apparaît en effet encore trop timide aux vues de l'importance de la problématique tant en nombre qu'en termes d'enjeux de qualité d'accompagnement.

L'étude concernant le vieillissement des personnes handicapées met en exergue plusieurs expérimentations mises en œuvre en France et à l'étranger, qui constituent autant de **pistes de réflexion** dans la recherche d'un accompagnement adapté à un grand nombre de situations diversifiées :

- Pour les personnes bénéficiant d'une certaine indépendance, la mise en place de logements dans des petits pavillons de 10 personnes bénéficiant d'un SAVS

- La construction de lotissements intergénérationnels se développe également, permettant de mettre en lien un ensemble de publics diversifiés. Le département possède ce type de structure, mais uniquement en ce qui concerne le public des personnes âgées et de la petite enfance (crèche jouxtant un EHPAD)

- Les « Maisons d'accueil temporaire » proposant un hébergement ponctuel et à la carte à toute personne résidant sur le territoire de cette maison

De manière plus générale, la recherche de modes d'accompagnement au sein « d'habitats diversifiés » constitue une piste de réflexion à approfondir

- Dans le cadre du maintien à domicile, la mise en place dans certaines communes d'un ensemble de services intégrés

- L'étude de la mise en place d'un service de préparation de transition et de suivi au sein d'une résidence FAM et EHPAD afin d'accompagner les personnes à domicile en attente d'une place dans la résidence

- Le « respite care », service multi forme de soutien aux aidants, qui peut également être utilisé comme service d'urgence.

Initiatives départementales et locales :

La mise en place d'une unité de vie expérimentale à Valanjou permettant d'accueillir sept résidents à temps complet de plus de 40 ans. Une place d'hébergement temporaire est également prévue. Cette structure, gérée par un couple, n'est pas médicalisée et constitue ainsi une alternative originale.

D) Les personnes présentant des troubles Alzheimer ou apparentés

A retenir

Atouts :

- Une prise en compte rapide des difficultés augurées par ces maladies et des implications dans l'adaptation des structures.

- Le développement d'actions de prévention dans le cadre des maladies neurodégénératives

Points d'amélioration :

- De fortes disparités entre les territoires quant à la répartition des UPAD

Organisation et pilotage du dispositif

La **maladie d'Alzheimer** est une maladie neurodégénérative du tissu cérébral qui entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales et notamment de la mémoire. Il existe plusieurs stades qui impliquent autant d'accompagnements spécifiques : le stade pré-symptomatique, le stade pré-démentiel, le stade démentiel.

Le département se trouve confronté, de la même manière que l'ensemble des départements de France, à une évolution importante quantitativement du nombre de personnes présentant des troubles Alzheimer ou des pathologies apparentées.

Cette problématique a été appréhendée assez tôt par le département, qui ciblait déjà l'adaptation de la prise en charge de ces publics comme une priorité dans le cadre du schéma 2003-2008. Repris en 2008, le département a souhaité élaborer un schéma sur ce thème, affichant ainsi sa préoccupation.

Dans ce cadre, une étude a été réalisée par l'Observatoire régional de la Santé en janvier 2009, concernant « l'Épidémiologie des démences et besoins d'aide en Maine-et-Loire ». Elle estime ainsi le nombre de personnes atteintes de démences dans le Maine-et-Loire à **10 819 personnes, dont 72% de femmes**. Par ailleurs, les projections réalisées indiquent une augmentation de 15% du nombre de personnes démentes entre 2010 et 2015 (soit plus de 17 500 personnes concernées en 2015, avec 3 200 cas annuels environ). 43% de ces personnes sont porteuses d'une affection sévère détériorant leur autonomie sociale et corporelle.

Par ailleurs, le département a développé dans le cadre du schéma gérontologique 2008-2010 un Plan départemental en faveur des personnes atteintes de désorientation et leur

entourage, réalisé en 2009. Ce plan souligne la nécessité « d'adapter et de mettre en lumière des mesures déjà existantes », au-delà de la nécessité de développer quantitativement le dispositif.

La prise en charge à domicile :

Plusieurs enjeux sous-tendent un accompagnement à domicile des personnes souffrant d'une maladie neurodégénérative.

Prévention : si le département dispose d'un centre mémoire de ressource et de recherche, il apparaît essentiel de développer également un certain nombre d'actions permettant de stimuler la personne présentant de tels troubles, afin d'éviter une aggravation rapide de la maladie. Ainsi, des Ateliers mémoire ou encore d'écriture sont déjà mis en place au sein du département et doivent nécessairement être développés plus avant.

Aide aux aidants : il s'agit ici d'un pan de l'accompagnement de la maladie. Un certain nombre d'actions sont déjà mises en place au sein du département (par les CLIC ou les associations), comme des groupes de parole spécifiques organisés sur le territoire ou encore des débats.

Initiatives départementales et locales :

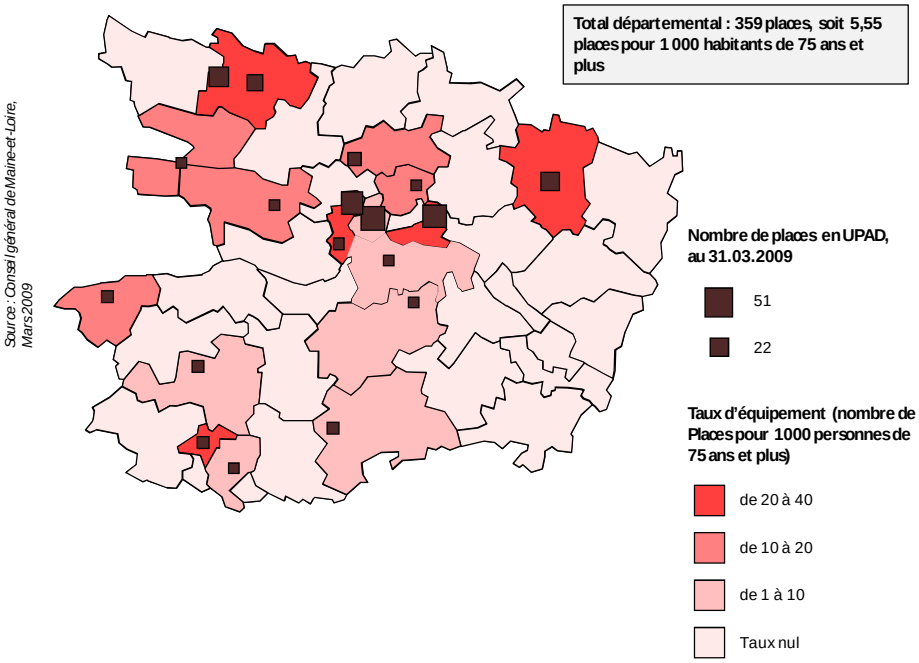
Cinq CLIC ont signé une convention avec la MSA pour la mise en place de contrats d'actions de « soutien aux aidants familiaux sur leur territoire de vie ».

Un certain nombre d'actions ont été mises en place par les CLIC : un débat « Mieux comprendre la maladie d'Alzheimer », organisé en 2008 et animé par un médecin, a permis de réunir 200 personnes ; un temps d'information concernant « la nutrition chez le sujet âgé et dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ».

L'accueil en établissement :

Devant l'augmentation significative du nombre de personnes concernées, l'enjeu apparaît majeur et doit se traduire en termes d'équipement. On compte aujourd'hui dans le Maine-et-Loire **388 places en hébergement permanent pour les personnes désorientées (UPAD)**, **60 places en hébergement temporaire** ainsi que **213 places en accueil de jour**. L'ensemble de ces structures ont connu une augmentation importante en deux ans. Ainsi, le nombre de places en UPAD a augmenté de 39% entre 2007 et 2009 (250 places en novembre 2007). Le même mouvement s'est opéré en ce qui concerne l'hébergement temporaire spécifique : 19 places ont ainsi été créées, soit une augmentation de 53% en deux ans. Cependant, 3% des places sont dédiées spécifiquement à la prise en charge des personnes présentant des troubles Alzheimer, contre 5% au niveau régional, alors même que selon l'enquête EHPA 2007 (Enquête de la DREES auprès des établissements hébergeant des personnes âgées au 31/12/07), 25 % des personnes accueillies en établissement dans la Région présenteraient des troubles du comportement sévères associés à une désorientation spatio-temporelle sévère.

Des disparités territoriales peuvent être constatées. Ainsi, ce type de place est inexistant sur un certain nombre de territoires : c'est le cas des territoires de l'Est du département, du Nord des Mauges, les territoires situés au sud de l'agglomération angevine et Saumur. À l'inverse, les cantons de Segré (avec 54 places) et de Cholet et son agglomération possèdent le plus fort taux d'équipement en UPAD. Angers et les cantons de l'agglomération concentrent 44% de l'offre totale en UPAD, avec 151 places.


Total départemental : 359 places, soit 5,55 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
Source : Conseil général de Maine-et-Loire, Mars 2009
Nombre de places en UPAD, au 31.03.2009
51
22
Taux d'équipement (nombre de Places pour 1000 personnes de 75 ans et plus)
de 20 à 40
de 10 à 20
de 1 à 10
Taux nul

Par ailleurs, les accueils de type PASA et UHR vont se développer dans le Département : les projets sont en cours d'étude à la DDASS.

Les efforts consentis pour le développement des hébergements alternatifs spécifiques doivent être poursuivis, s'inscrivant de pair avec une formation des professionnels et la mise en place d'actions spécifiques. Il est également important de s'interroger, avec les acteurs du dispositif, sur l'opportunité de la création d'unités type PASA ou UHR au moment où la quasi-totalité des personnes entrant en institution sont atteintes de démence. La création d'unités de soins aigus pourrait présenter l'avantage de proposer une prise en charge intensifiée au moment le plus dur de la maladie.

Par ailleurs, le Département, à l'instar du reste de la France, manque de structures pour accompagner les personnes de moins de 60 ans qui ont développé ces maladies. L'entrée en EHPAD se fait alors toujours à défaut, mais comme seule alternative au long séjour en secteur hospitalier.

Concernant l'accueil de jour, le manque d'information et les appréhensions de la part des familles, sont les raisons le plus souvent invoquées pour expliquer leurs difficultés de remplissage. L'information pourrait alors passer par le biais des CLIC. Il faut par ailleurs être vigilant à la distribution des capacités sur le territoire afin, notamment, de ne pas induire de concurrence entre des structures présentant une grande proximité.

L'information :

L'information de l'ensemble des acteurs concernés autour de cette maladie est essentielle, qu'il s'agisse du patient, de la famille ou encore des professionnels intervenants. Si des départements ont mis en place des MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer), le Maine-et-Loire a affiché sa volonté de conserver les CLIC en tant que porte d'entrée de l'ensemble du dispositif gérontologique. Une articulation aigüe devra alors s'effectuer entre l'ensemble des acteurs du champ du médico-social, de la santé et des médecins libéraux.

La coopération entre les professionnels de l'aide et du soin doit être renforcée sur ce champ : un nombre important de CLIC estime ainsi avoir des difficultés pour entrer en contact avec les professionnels libéraux et établir une intervention complémentaire. Les acteurs ont également indiqué la pertinence d'une création d'une cellule départementale spécialisée, de nature à intervenir en appui aux professionnels confrontés à des situations difficiles (comme les CLIC qui par exemple se trouvent parfois démunis face à certaines situations).

Initiatives départementales et locales :

Création d'une cellule d'évaluation de la dépendance de la personne âgée du CHU en 1997, permettant d'effectuer des évaluations gériatriques standardisées avec une équipe pluridisciplinaire.

Mise en place par les SSIAD d'équipes mobiles Alzheimer sur le territoire.

Convention entre l'association Anjou Alzheimer et l'ADMR pour l'établissement de fiches conjointes sur le thème de la maladie d'Alzheimer, permettant ainsi d'informer les familles.

Chapitre IV : L'aide à la famille et aux aidants

IV. L'aide à la famille et aux aidants

Présentation

L'action sociale ne se limite plus à une prise en charge de la personne bénéficiaire d'un accompagnement. Une part croissante de ses interventions s'adresse désormais également à sa famille : mère, père, fratrie, épouse, époux… Ce nouvel impératif participe du choix de maintenir la personne dans son domicile et son environnement.

Les fondements de ce pan de l'action sociale sont sensiblement les mêmes, quel que soit le dispositif. Il s'agira toujours, dans la mesure du possible, de travailler :

- Le lien entre le bénéficiaire et sa famille
- Le soutien (psychologique, pédagogique, éducatif) qui peut être apporté aux membres de la famille dans l'aide qu'ils peuvent eux-mêmes déployer auprès du bénéficiaire
- La qualité de l'information qui peut être fournie.

L'ensemble des actions concourant à ce soutien doivent *in fine* viser à faire des membres de la famille des aidants dans la prise en charge sans détériorer un lien affectif qui se trouve parfois sur la brèche, ou risque de s'y retrouver.

Dans cette cohérence globale, on identifiera plusieurs pans d'un schéma unique au sein duquel les traits d'union doivent être travaillés. Il s'agit :

- de l'adoption,
- de l'aide à la parentalité,
- de l'organisation du lien parent/enfant durant le placement de celui-ci,
- de l'aide aux aidants qui accompagnent des personnes âgées et des personnes handicapées.

La construction et le maintien du lien, ainsi que l'accompagnement personnalisé des membres de la famille sont les deux axes d'évaluation et de réflexion de l'action sociale et médico-sociale. L'affectif prédominant très sensiblement toute intervention sur le lien familial, celle-ci devra savoir tenir compte – sans doute plus que jamais – de la spécificité de chaque situation. On sera par ailleurs attentif à la répartition des accueils alternatifs.

A) L'adoption

A retenir

Atouts :

- Le développement d'une démarche de coopération entre le service Adoption et les partenaires départementaux

- La mise en place de solutions souples de soutien pour les parents adoptifs

Points d'amélioration :

- Un délai de demande d'agrément trop long

La **loi du 4 juillet 2005** réformant l'adoption porte sur trois orientations majeures :

La simplification et l'harmonisation des procédures d'agrément : dès la première demande des candidats, le service adoption du Conseil général a obligation de leur apporter l'information définie par les textes dans un délai de deux mois. Ils doivent ensuite confirmer leur demande, la date de cette confirmation acte le départ du délai de 9 mois au bout duquel doit intervenir la délivrance de l'agrément. La forme et le contenu de l'arrêté sont fixés par décret et il est accompagné d'une notice qui décrit le projet d'adoption. Pendant cette période, les départements doivent proposer aux candidats des réunions d'information.

Le renforcement de l'aide aux candidats à l'adoption internationale : la loi crée l'Agence Française de l'Adoption (AFA) et met en place un suivi renforcé des enfants après leur arrivée en France, jusqu'au prononcé de l'adoption plénière ou la transcription du jugement étranger, voire plus à la demande des adoptants.

Le développement de l'adoption nationale : partant du constat que des enfants, pourtant délaissés par leurs parents et placés à l'aide sociale à l'enfance, ne peuvent être déclarés judiciairement abandonnés au sens de l'article 350 du Code civil, le texte propose d'assouplir les critères auxquels se réfère le juge pour le prononcé de cette décision en supprimant l'item « sauf cas de grande détresse des parents ».

Par ailleurs, le projet de loi relatif à l'adoption présenté le **1er avril 2009** vient compléter ces dispositions avec trois objectifs :

Accélérer la résolution des situations de délaissement parental : le Parquet pourra saisir directement le Tribunal de Grande Instance s'il a connaissance d'une situation de délaissement. Le service de l'ASE devra, lors de l'examen annuel de situation de chaque enfant qui lui est confié, se prononcer sur l'éventualité d'une situation de désintérêt manifeste des parents. Il s'agit ainsi de **faciliter l'adoption des enfants placés à l'ASE**.

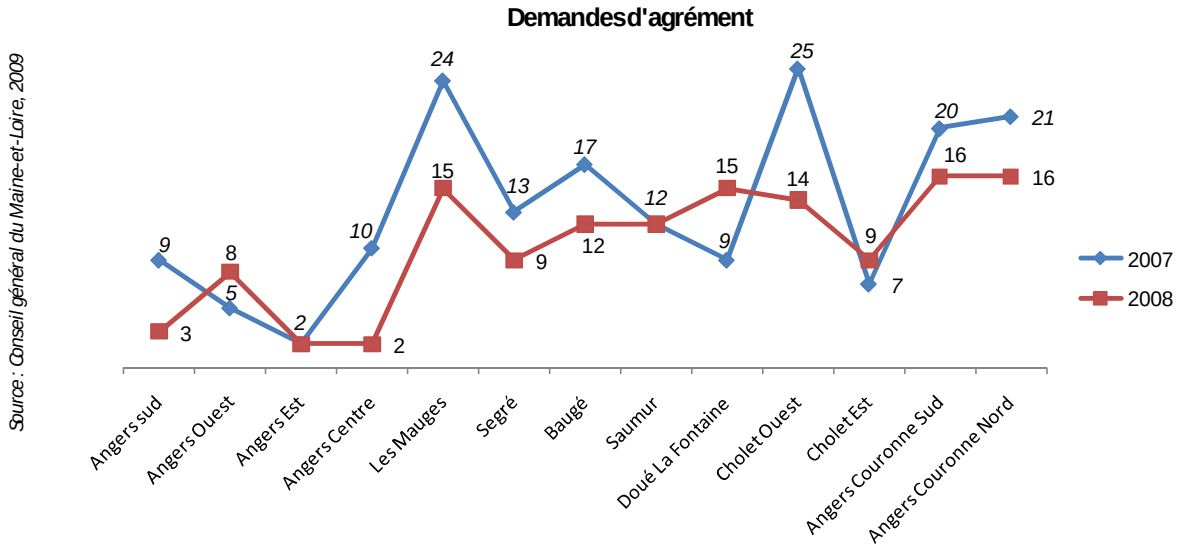
Renforcer le suivi des agréments : le texte fait mention de l'obligation annuelle du projet d'adoption pour les titulaires de l'agrément et prévoit les conditions de caducité de celui-ci en cas de non confirmation

Élargir les capacités d'action de l'Agence française de l'adoption : depuis la réforme de 2005, elle accompagne les candidats à l'adoption internationale, aux côtés des Organismes autorisés d'adoption (OAA). L'agence pourra désormais financer des projets de coopération humanitaire dans le domaine de l'aide à l'enfance.

Organisation du dispositif

Tout candidat à l'adoption souhaitant accueillir en vue de son adoption un pupille de l'État ou un enfant étranger doit préalablement obtenir un agrément délivré par le Président du Conseil général. La réception du dossier de candidature se fait au Service adoption du Département, qui organise une réunion d'information collective (de 12 à 14 personnes en moyenne). Par la suite, des entretiens sont réalisés par les 5 assistantes sociales (4,80 ETP) et les 6 psychologues (3,70 ETP) du service, au sein des locaux de la DGA-DSS et au domicile des postulants, permettant aux professionnels de rédiger un rapport social et un rapport psychologique. La décision d'accorder l'agrément aux parents est prise dans le cadre de la Commission d'agrément, à laquelle participe notamment le Président du Conseil général. En 2008, 33 commissions se sont tenues au sein desquelles 160 dossiers ont été examinés.

Les demandes d'agrément ont connu une forte diminution dans le département, -24%. Ainsi, 198 personnes ont fait une demande d'agrément en 2006, contre 174 personnes en 2007, et 133 en 2008. Par ailleurs, cette baisse se confirme, dans des proportions moindres, avec 131 demandes en 2009. La baisse est observée de manière hétérogène entre les circonscriptions. Ainsi, Angers Ouest, Doué la Fontaine et Cholet Est sont les trois seuls territoires qui connaissent une hausse (de 29 à 67%). 8 circonscriptions voient le nombre de demandes baisser, dans une proportion importante (avec une moyenne de -42% d'évolution). On compte ainsi une **baisse de 51%** des demandes entre 2006 et 2009. Cette baisse du nombre de demandes a été expliquée par les acteurs par les répercussions de l'affaire de « l'Arche de Zoé », ou encore le découragement de certaines familles face aux difficultés auxquelles elles pourront être confrontés (avec une médiatisation importante du rapport Colombani relativement à ces difficultés en 2008), et se constate également dans les autres départements de France.



Le nombre d'agréments refusés apparaît relativement stable, avec 18 refus en 2008, contre 14 refus en 2009, et 98 agréments délivrés cette même année.

Au total, 66 enfants auront été adoptés en 2009, dont 36 originaires d'Afrique (27 d'Éthiopie) et 21 d'Haïti. Ainsi, le département se situe dans les 15 départements au sein desquels plus de 50 adoptions ont eu lieu en 2008.

Le service adoption met également en place des réunions d'information, qui ont nécessairement baissé suite à la chute du nombre de demandes. Ainsi, 29 réunions étaient organisées en 2007, en direction de 311 personnes, contre 20 en 2008 pour 188 personnes.

On compte par ailleurs 24 associations intermédiaires agréées en France, dont 4 ont leur siège social dans le Maine-et-Loire : une association (Emmanuel France, service de placement familial en vue d'une adoption) concerne les enfants « à particularité », présentant un handicap (enfants trisomiques), et une autre les enfants de 15 ans.

Initiatives départementales et locales :

Le Conseil général a souhaité créer un dispositif de prêts sans intérêts (activité extra-légale), afin de venir en soutien aux familles adoptantes (le coût d'une adoption internationale se situant entre 8.000 et 16.000 euros). 6 personnes ont fait une demande de prêts en 2008 (contre 14 en 2007), pour une somme s'élevant en moyenne à 2.000 euros.

Signature d'une **Convention entre le Conseil général et le CHU d'Angers** en octobre 2008, avec les services de pédiatrie et parasitologie et maladies tropicales.
La convention a été signée dans le but d'améliorer l'accueil et la prise en charge médicale des enfants adoptés à l'étranger, et permet d'officialiser un partenariat existant entre les équipes du CHU et le Conseil général. Dans le département du Maine-et-Loire, 70% des enfants adoptés sont originaires d'Afrique et présentent des pathologies tropicales nécessitant un savoir spécifique dont les médecins généralistes ne disposaient pas toujours. Ainsi, les parents éprouvaient de nombreuses difficultés à coordonner l'ensemble des

professionnels intervenant, et cette absence de prise en charge spécifique pouvait être de nature à impacter l'établissement du lien parent/enfant. De part la mise en place d'une coopération étroite entre le Conseil général et le CHU, les parents et les médecins généralistes trouvent, au CHU, des praticiens (dont l'intervention est articulée autour de l'unité de Médecine des Voyages, du centre des vaccinations internationales, de l'unité de consultations de pédiatrie, et de l'unité de pédopsychiatrie du Pôle enfant) susceptibles de faire un bilan médical des jeunes arrivants dans les tous premiers jours de leur accueil et d'assurer une prise en charge globale de l'enfant et de la famille (consultations de préparation au voyage pour les familles adoptantes, réalisation du bilan de santé de l'enfant, conseils et orientation pour le suivi de l'enfant). Ces praticiens hospitaliers servent également de référents au médecin généraliste et au pédiatre choisis par la famille, permettant ainsi de faire le lien avec la médecine de ville.
Par ailleurs, un guide a été élaboré par le Service Adoption du Conseil général et les équipes médicales du CHU, afin de délivrer des conseils aux familles et d'indiquer les interlocuteurs du département.

Le service Adoption a su initier des démarches intéressantes de partenariat. Il a ainsi rencontré les assistants sociaux des trois maternités du département (Angers, Cholet, Saumur) en 2008, dans le but d'entamer un travail de réflexion relatif à l'accompagnement des femmes enceintes souhaitant accoucher dans l'anonymat.

Plusieurs démarches ont permis de mettre en lien le service Adoption avec le service ASE, dans le cadre de la réalisation du projet d'adoption des enfants confiés. En ce qui concerne les bébés (4 enfants pupilles concernés en 2008), un guide technique a été édité en mars 2008 (« ASE-Accueil – Adoption : Vers un travail en commun »), ainsi qu'une fiche de liaison permettant de formaliser un bilan écrit de chaque placement auprès d'une assistante familiale (dans l'attente d'être confié à la famille adoptive, 4 familles d'accueil sont spécialisées dans l'accueil des bébés pupilles).
Par ailleurs, un travail particulier a été mis en œuvre dans le cadre d'une adoption tardive d'un enfant confié à l'ASE (34 enfants concernés en 2008). Des temps de synthèse ont été mis en place en 2008, permettant de réunir sous pilotage de l'inspecteur de circonscription le référent de l'enfant, l'adjoint au responsable, l'assistante sociale et la puéricultrice de circonscription, la psychologue ASE et le chef du service adoption, afin de travailler le projet de l'enfant.
De la même manière, le lien a été travaillé avec le service de PMI : en janvier 2009, une rencontre a été organisée avec les médecins de PMI et les puéricultrices des 3 secteurs des familles d'accueil concernées, afin de clarifier la place et le rôle de chacun. Cependant, il apparaît plus compliqué de mobiliser les professionnels sur des situations très à la marge (4 bébés pupilles concernés en 2008).

Un « Espace-adoption » a été mis en place en 2009 au sein du CAMSP-CMPP de l'ASEA 49. Cet espace a été créé suite à la réflexion engagée par le schéma 2005/2010 (« Accompagner les parents à l'arrivée d'un enfant dans le cadre de l'adoption »), et en lien avec le Service Adoption du Conseil général. Cet espace s'inscrit par ailleurs dans la

proposition 27 du Rapport Colombani[18], « Accompagner les familles après l'adoption par la mise en place de lieux d'accueil et de dialogue », et propose des temps de consultation (un samedi par mois) avec un médecin pédiatre psychanalyste ou une psychologue, mais également des temps de paroles entre parents, accompagnés par un professionnel du service adoption et le médecin pédiatre-psychanalyste du CAMSP-CMPP. Le Conseil général a ainsi participé à hauteur de 9.000 euros en 2009, et le premier bilan de cet espace de parole apparaît positif et semble répondre à une réelle demande des parents.

Aujourd'hui les **délais de traitement** de la demande d'agrément sont supérieurs aux dispositions légales.

La loi pose en effet un délai de 9 mois entre la demande d'agrément par les parents et la décision de la Commission. Ce délai a été respecté jusqu'en 2004, puis s'est accru sous la charge de travail en augmentation. Ainsi, un peu moins de 55% des dossiers connaissaient un délai supérieur à 15 mois en 2008, et seuls 3% des dossiers respectaient le délai légal de 9 mois. Au total, 17% des dossiers sont traités dans une durée inférieure à un an cette même année.

Afin de réduire ce délai, le Service a entamé une réflexion dans le sens d'une réduction du nombre d'entretiens avec les candidats à l'agrément au minimum légal, soit deux entretiens avec chaque professionnel, tout en préservant la qualité du travail réalisé. Si le Département semble actuellement rattraper son retard, avec un délai qui serait porté à moins d'un an pour 41% des dossiers en 2010, un travail spécifique sur les procédures doit être réalisé afin de permettre au Service adoption de respecter les obligations légales.

B) L'accueil du jeune enfant

A retenir

Atouts :

- Une réponse adaptée en termes d'accueil de la petite enfance

- Un équipement important en RAM

- L'existence d'une structure d'accueil pour jeunes enfants handicapés

Points d'amélioration :

- Un suivi des ASSMAT à approfondir

- Pour les jeunes enfants handicapés : absence de protocole d'accueil formalisé en ce qui concerne l'accueil au sein des structures collectives de garde, ou l'accueil en centres de

[18] Rapport sur l'adoption, Mission confiée à Jean-Marc Colombani, 2008

loisirs ; absence de personnel spécifiquement formé au sein du département au handicap dans les structures d'accueil.

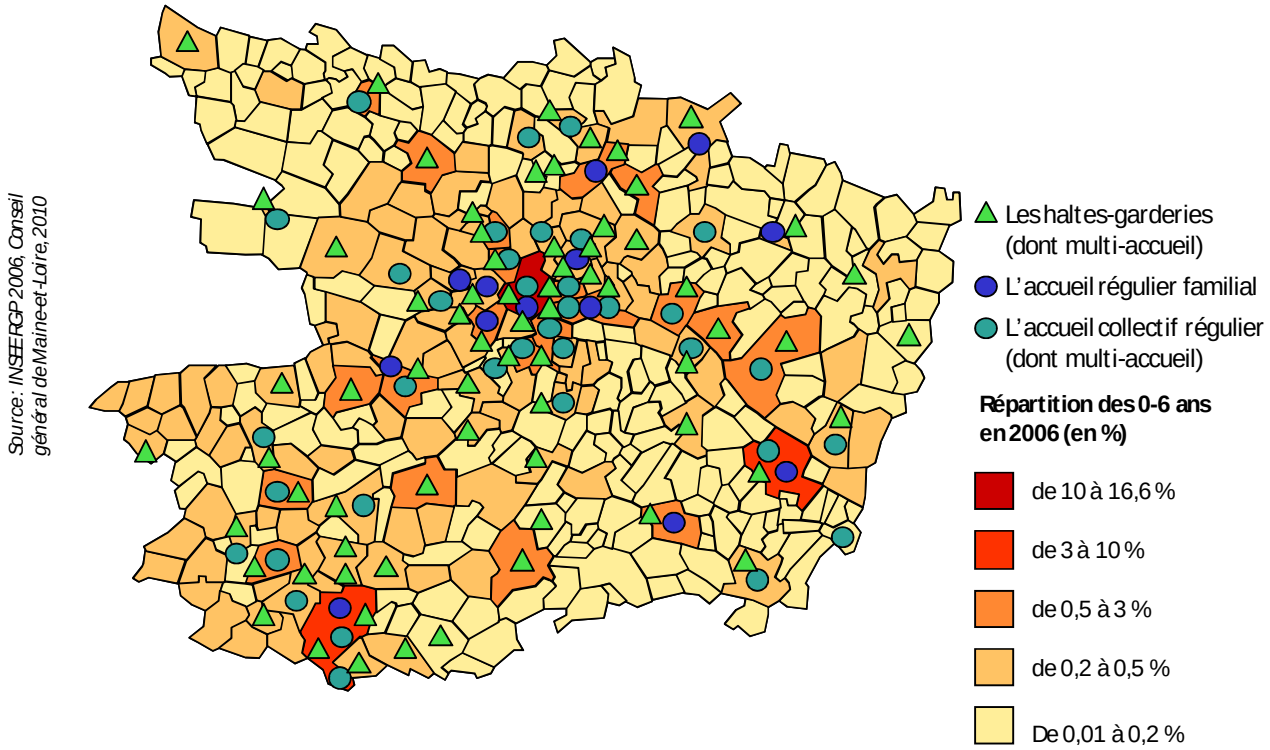
1. L'accueil collectif du jeune enfant

Au 31 décembre 2009, le Département du Maine-et-Loire apparaît bien doté en structures d'accueil collectif pour jeunes enfants. Ainsi, on compte + 54% d'évolution en termes de places entre 2006 et 2009. Le Département a connu des évolutions similaires à l'ensemble du territoire français. Les structures de type multi-accueil se sont très fortement développées, avec 42 créations en 3 ans, à l'inverse des haltes garderies et des crèches familiales (- 10% pendant cette même période). Par ailleurs, suite au décret du 20 février 2007 le Département a créé 3 micro-crèches en 2009, permettant d'accueillir 27 enfants. On compte ainsi 3 344 places d'accueil collectif dans le Maine-et-Loire au 31 décembre 2009, soit 6,11 places pour 100 enfants de 0 à 3 ans, contre 4,6 places pour la moyenne régionale. Seul le département de la Loire Atlantique apparaît mieux équipé que le Maine-et-Loire, avec 7,66 places (*Source : ANDASS 2008)*.

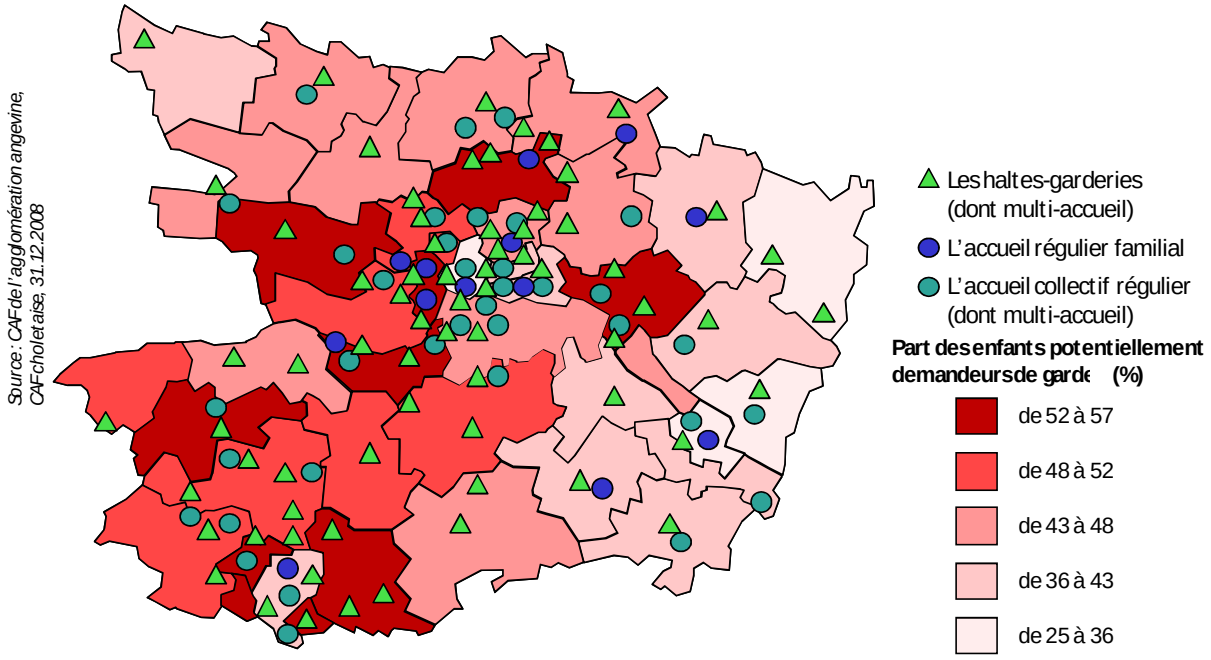
	2006		2009		
	Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de structures	Nombre de places	**Evolution 2006-2009**
Structures d'accueil collectif régulier	22	672	26	844	26%
Structures d'accueil collectif régulier familial	21	663	18	598	-10%
Structures d'accueil collectif occasionnel	56	824	50	745	-10%
Garderies périscolaires	370	/	402	/	/
Structures multi-accueil	0	0	42	1 120	/
Micro-crèches	0	0	3	27	/
Crèche saisonnière	1	10	1	10	0%
Total (hors périscolaire)	469	2 169	140	3 344	**54%**

Source : Conseil général de Maine-et-Loire, 2010

Si le département est couvert de manière hétérogène par les structures d'accueil, leur territoire d'implantation semble cependant correspondre aux besoins. Ainsi, les communes qui comptent le plus grand nombre d'enfants de 0 à 6 ans disposent d'une structure d'accueil. Cependant, l'extrême Ouest du département (tant le Nord que le Sud) apparaît peu pourvu, de la même manière que l'Est ou le Sud du territoire. Ainsi, la très grande majorité de l'offre est concentrée autour des villes et de leur agglomération (Angers, Cholet et Saumur). Ces constats expliquent l'offre très importante en termes d'accueil individuel chez les assistants maternels en milieu rural, par exemple dans les Mauges.


Source : INSEE RGP 2006, Conseil général de Maine-et-Loire, 2010
Les haltes-garderies (dont multi-accueil)
L'accueil régulier familial
L'accueil collectif régulier (dont multi-accueil)
Répartition des 0-6 ans en 2006 (en %)
de 10 à 16,6 %
de 3 à 10 %
de 0,5 à 3 %
de 0,2 à 0,5 %
De 0,01 à 0,2 %

Par ailleurs, la carte ci-dessous permet de confronter les structures offertes avec la part des enfants potentiellement demandeurs de garde selon les cantons. Un fort besoin apparaît dans le Sud-ouest du département, avec une part très importante d'actifs.


Source : CAF de l'agglomération angevine, CAF choletaise, 31.12.2008
Les haltes-garderies (dont multi-accueil)
L'accueil régulier familial
L'accueil collectif régulier (dont multi-accueil)
Part des enfants potentiellement demandeurs de garde (%)
de 52 à 57
de 48 à 52
de 43 à 48
de 36 à 43
de 25 à 36

Enfin, les garderies périscolaires, ainsi que les Centres de Loisirs sans hébergement (CLSH) sont présents sur l'ensemble du territoire, malgré une plus faible couverture des deux extrémités Nord du département.

Les garderies périscolaires

Source : Conseil général, Mars 2010

Les centres de loisirs

Source : Conseil général, Mars 2010

Initiatives départementales et locales :

Le site internet, « Accueil des jeunes enfants dans le Maine-et-Loire », qui répertorie l'ensemble des modes de garde du département, a été créé en 2006. Le Conseil général est actuellement en train de travailler à la refonte de ce site, et souhaite pouvoir indiquer les disponibilités des Assistantes maternelles afin que les parents disposent d'une information complète. Ce site connaît un nombre de visites de plus en plus élevé, et compte 5 313 visites au mois de janvier 2010.

La garde d'enfants fait partie des freins au retour à l'emploi fréquemment cités par les acteurs.

Dans le Maine et Loire, la Commission départementale d'accueil du jeune enfant a été mise en place fin 2008 et a pour mission d'analyser les besoins et de prévoir la mise en place de solutions.

Au niveau régional, le **Programme Marguerite** (Mutualiser et associer nos ressources afin de gérer de façon utile à l'emploi un réseau d'initiatives pour des temps équilibrés) réunit onze partenaires du Grand ouest sur le thème de l'accès aux modes de garde, l'articulation des temps familiaux et professionnels, et l'égalité des chances. MARGUERITE s'inscrit dans le programme Equal, cofinancé par le Fonds social européen, qui soutient des projets expérimentaux et innovants pour lutter contre les discriminations et les inégalités sur le marché du travail. De cette dynamique est né le collectif « Être parent et travailler » au sein du département, dont les quatre partenaires ont signé une Charte le 14 février 2008 (MSA 49, Anjou domicile, Association petite enfance, Inter CA DACC).

Deux expérimentations ont cours dans ce cadre dans le Maine-et-Loire : la **crèche Partenariat Opération Mobilité** (permettant à des demandeurs d'emploi, majoritairement des femmes, de se positionner sur un travail saisonnier) gérée par l'Association petite

enfance à Angers. Par ailleurs, la MSA 49 a mis en place avec la Communauté de Communes du canton de Segré une expérimentation autour de la problématique de la garde des enfants. En ont résulté des actions de sensibilisation en zone rurale auprès des élus, des entreprises, des scolaires, des parents ou encore des partenaires associatifs en ce qui concerne l'égalité des chances hommes/femmes et l'articulation des temps ; des études et réunions de réflexion menées à ce sujet ou encore le développement de projets de type Bien'O'chO.

Par ailleurs, un travail de sensibilisation à la création de lieux uniques d'accueil des enfants a été réalisé.

Le département se caractérise en outre par l'émergence de **réseaux d'acteurs** (animés, par exemple, par le Point Info Familles d'Angers).

Dans le cadre du RSA, la loi a créé **l'Allocation Personnalisée de retour à l'emploi (**APRE), qui prévoit la possibilité de financer des modes de garde dans le cadre d'un retour à l'emploi ou à la formation.

Le Département joue un rôle important dans la réflexion et l'orientation de l'offre d'accueil de la petite enfance, en particulier grâce aux subventions accordées sur demande des porteurs de projet et traitées par la direction des subventions du CG.
Par ailleurs, la PMI exerce le contrôle et le suivi des structures d'accueil, et un médecin de PMI est spécifiquement chargé de ce contrôle, en sus de ses missions exercées au titre du service de la PMI/PPSF. Le suivi des modes d'accueil individuels et collectifs est une mission propre à la PMI mais souvent considérée par les professionnels de PMI comme une activité annexe à leur cœur de métier orienté sur le suivi médicosocial de la femme et de l'enfant. La surcharge actuelle des professionnels ne leur permet pas de réaliser cette mission à titre de prévention ; leur intervention se limite aux situations de délivrance d'agrément et aux situations d'urgence. Face à ces constats, certains départements ont fait le choix de mettre en place un service dédié au contrôle et suivi des accueils collectifs afin d'être à même d'assurer cette mission. Globalement, les relations avec les gestionnaires de structures, et les partenaires (MSA et CAF) sont régulières et constructives.

Un poste de Conseillère Technique Petite Enfance a été créé, avec la participation du Conseil général, des 2 CAF du département et de la MSA, permettant de soutenir les associations et les municipalités en milieu rural, dans la mise en place et l'accompagnement pédagogique de structures d'accueil collectif de jeunes enfants.

250.000 euros sont inscrits au budget provisionnel 2010 du Conseil général au titre du financement des crèches et autres structures d'accueil collectif.

Initiatives départementales et locales :

Le département compte un nombre important de modes d'accueils innovants :

« Domi-Mômes services », piloté par la MSA et en collaboration avec l'ADMR, un RAM et l'ASSADOM, est un service qui s'inscrit en complément des modes de garde « classiques »,

et qui permet de faire intervenir un professionnel dès 4 heures du matin et jusqu'à minuit le soir, pour les parents résidant sur la Communauté de Communes « Les portes de l'Anjou ».

« Bien'O'ChO », piloté par la MSA, sur la Communauté de Communes du canton de Segré, permet l'intervention d'un bénévole en cas de maladie de l'enfant de 3 mois à 12 ans, qui ne peut alors se rendre à l'école, de 7 heures à 20 heures du lundi au vendredi, tous les jours de l'année. Ce service d'urgence a été ouvert en octobre 2007.

« Familles en Jeu », mis en place par l'Association petite enfance d'Angers, permet un temps de rencontre entre les parents et les professionnels des structures qui accueillent des enfants de 2 mois à 12 ans.

La crèche mutualiste « Les Bambins » est ouverte du lundi au vendredi 24 heures sur 24, afin de s'adapter aux nouveaux rythmes de vie de certaines familles. Ouverte à titre expérimental en 2002, elle a été pérennisée en décembre 2006 et a été montée en partenariat avec la CAF et la Ville d'Angers. Sept crèches ont par la suite été développées sur le même modèle, dont une ouverte le samedi.

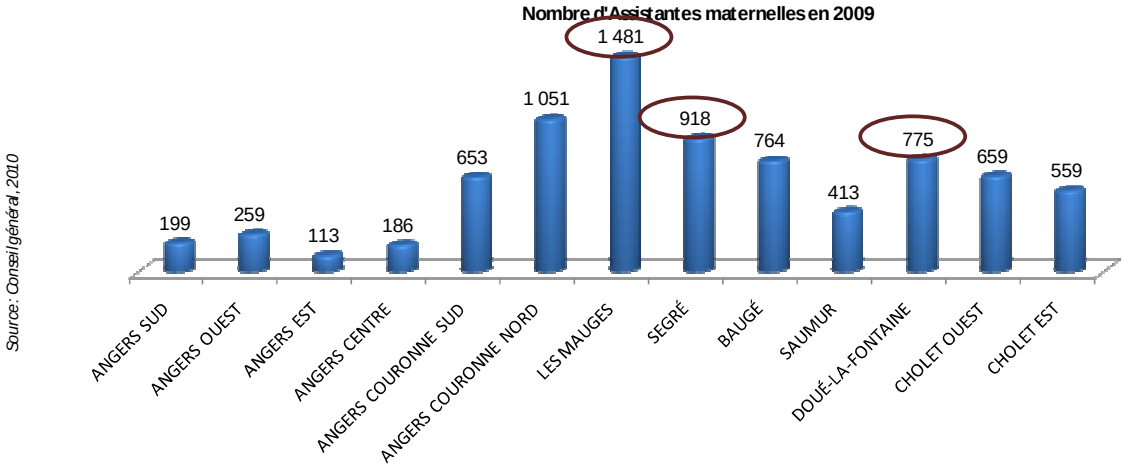
Au sein de la crèche "Le Nid du Vallon" à Angers, un "lieu passerelle" accueille les enfants de 2 à 4 ans pour une transition en douceur avec l'école maternelle.

La crèche "Le Nid du Loir" à Villevêque est intégrée dans un village des générations comprenant une maison de retraite mutualiste.

2. Les Assistants maternelles

Le département compte **8.030 Assistantes maternelles** (ASSMAT), soit 17 ASSMAT pour 100 enfants de 0 à 3 ans, permettant d'accueillir entre 20.000 et 21.000 enfants. Le ratio d'ASSMAT est identique à la moyenne régionale, et l'ensemble des départements de la Région des Pays de la Loire disposent d'un nombre d'ASSMAT relativement similaires : de 16 ASSMAT pour la Mayenne à 19 ASSMAT pour 100 enfants de 0 à 3 ans en Vendée.

Dans le Maine et Loire, le plus grand nombre d'ASSMAT se situe dans la circonscription des Mauges qui concentre 18% du nombre total d'Assistantes maternelles (avec 1 481 professionnelles). Cette forte présence de l'accueil individuel dans le Sud-ouest du département est à mettre en relation avec les besoins très élevés sur ce territoire (forte part des actifs), et le nombre peu important de structures d'accueil collectif.



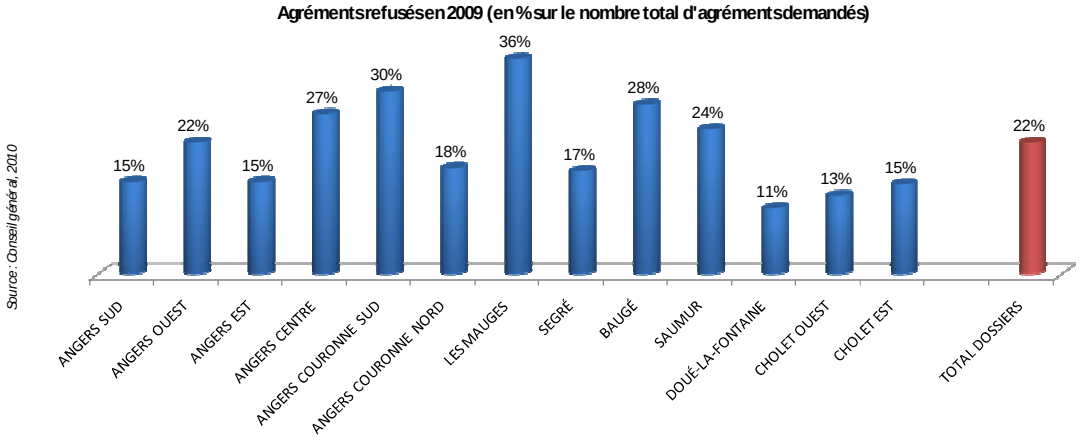
À l'aune de ces chiffres, il apparaît que l'offre en accueil individuel sur les territoires se trouve impactée par trois phénomènes distincts :

- Tout d'abord, l'offre d'accueil collectif étant moins importante dans le milieu rural, les circonscriptions de Segré, les Mauges, Doué la Fontaine et Baugé sont des territoires ruraux qui comptent plus de 750 ASSMAT, et qui concentrent au total 49% de l'offre total d'accueil individuel.
- Par ailleurs, on observe, à l'image du territoire français, un déplacement des populations en périphérie des villes, notamment celle d'Angers. Ces mouvements concernent pour leur grande part des jeunes couples actifs qui souhaitent bénéficier d'un autre cadre de vie suite à l'arrivée de leur premier enfant. Les besoins sont donc importants et l'offre en accueil individuel suit cette demande : on compte 1.704 ASSMAT sur les circonscriptions d'Angers couronne Sud et Nord.
- Enfin, les villes d'Angers, Cholet et Saumur concentrent un nombre important de l'offre en accueil collectif ; de ce fait l'accueil individuel sera moins développé. Ce constat s'observe tout particulièrement au sein de la ville d'Angers, qui totalise 9% de l'offre en assistants maternels du département (757 ASSMAT).

L'Unité d'instruction et de formation des assistants maternels réalise notamment les missions suivantes :

- Information aux candidats
- Saisie et instruction des dossiers d'agrément
- Formation des assistants maternels

On compte 844 premières demandes d'agréments en 2009, contre 779 en 2008. Cette augmentation peut être corrélée à la situation économique actuelle, incitant ainsi plus largement des personnes en recherche d'emploi à demander le statut d'assistant maternel.
Par ailleurs, le taux de refus apparaît sensiblement identique entre les deux années (22% de refus en 2009, 20% en 2008). Dans la circonscription des Mauges il est très élevé en 2008 : 36% des demandes se sont heurtées à un refus d'agrément (soit 47 dossiers), en majorité pour des motifs de conditions d'accueil (70%). Le nombre de refus apparaît ainsi en forte hausse par rapport à l'année précédente, où 27% des dossiers avaient été refusés.



De la même manière que pour le suivi des modes d'accueils collectifs, le suivi et le contrôle des ASSMAT n'est pas privilégié par les professionnels de la PMI et apparaît souvent réalisé à minima. Une psychologue à mi-temps assiste à toutes les commissions d'agrément des assistantes maternelles, sur l'ensemble du département.

Le service de PMI a des obligations de formation des assistants maternels, à travers des modules de 60 heures lors de l'accord de l'agrément, suivis d'une formation complémentaire d'approfondissement de 60 heures. En 2008, 1.118 ASSMAT ayant obtenu leur agrément avant le 01.01.2007 ont bénéficié d'une action de formation de base et 325 agréées après le 01.01.2007 ont participé au module d'approfondissement.

Initiatives départementales et locales :

La diffusion par le Conseil général en Juin 2009 d'un « Guide pratique » concernant l'évaluation dans le cadre de l'agrément assistant maternel, permettant de poser des repères aux professionnels, mais également d'harmoniser les pratiques au niveau départemental.

Le département apparaît bien pourvu en termes de Relais Assistantes Maternelles : on en compte 44 sur l'ensemble du département. Au 1er janvier 2010, 10 RAM se situent dans le choletais, 9 dans le Saumurois-Layon, 12 dans le territoire Angers Loire Métropole et le Baugeois, et enfin 16 dans le Segréen et Angers Loire métropole Sud.

Par ailleurs, le Maine-et-Loire a expérimenté, comme 8 autres départements, la création de « **Maisons d'assistants maternels** ». Ainsi, 4 départements de la Région ont mis en place ces MAM avant la généralisation de décembre 2009.
Il s'agit de nouveaux lieux d'accueil pour les jeunes enfants, au sein desquelles plusieurs assistants maternels font le choix d'exercer ensemble leur métier, dans un local commun hors de leur domicile personnel. L'autorisation leur est donnée par le service de PPSF-PMI. Dans ce type de structure innovante, les assistants maternels restent employés par les parents.

Cette forme d'accueil, jugé très positive par le rapport du Sénat de décembre 2009[19], est en voie de généralisation sur l'ensemble du territoire métropolitain.
Aujourd'hui on compte 9 MAM dans le département, dont la dernière a ouvert en janvier 2010. Les projets ont initialement émergé dans les territoires ruraux plutôt dépourvus en structures d'accueil, et sont exclusivement concentrés dans le Sud du département (les Mauges). Le département a mis en place un **référent technique**, qui accompagne les projets et réalise le suivi des MAM.
Par ailleurs, une vingtaine de projets sont aujourd'hui en réflexion, surtout sur Angers et la périphérie Nord (la 10ème ouverture de MAM est prévue pour avril 2010). La proposition de loi du Sénat souhaite que ces créations restent souples et attractives pour un grand nombre de professionnels.

Initiatives départementales et locales :

La circonscription d'Angers Sud a vu la mise en place d'une réunion mensuelle entre Assistantes maternelles : les ASSMAT viennent avec les enfants qu'elles gardent et des activités sont organisées pour ces derniers. Par ailleurs, la puéricultrice et l'assistante sociale sont présentes pour donner des conseils aux ASSMAT en ce qui concerne les enfants. Cette activité s'inscrit ainsi en complémentarité avec les RAM : elle est axée sur les enfants, et permet d'instaurer un rapport « normalisé » avec la puéricultrice. Angers Sud est actuellement la seule circonscription à proposer ce type d'activité.

La **CAMAF** (Coordination des Assistants Maternels et Familiaux d'Angers et sa région) a été créée à Angers. Cette association a permis la mise en place d'un réseau angevin des assistants maternels et familiaux, et met à disposition des renseignements pour les assistantes maternelles, concernant à la fois les évolutions liées à la loi de 2005 et des thèmes pratiques.

Le site internet du Conseil général a pour projet le recensement des disponibilités des assistantes maternelles, permettant ainsi une meilleure lisibilité et coordination de l'offre pour les parents.

Entretiens avec des assistantes maternelles :

Circonscriptions concernées : Angers Sud dans le cadre de la réunion mensuelle entre assistantes maternelles.

Coordination avec le Conseil général :

Les relations entre les assistantes maternelles et la circonscription sont bonnes : les assistantes maternelles viennent régulièrement aux réunions qui sont organisées, et peuvent à cette occasion poser leurs questions à la puéricultrice et à l'assistante sociale. La **disponibilité des interlocuteurs** de la circonscription est reconnue : « *Quand je ne peux*

[19] Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales, relatives à la création des Maisons d'assistants maternels, 22 décembre 2009

pas venir, si j'ai des questions, je sais que je peux téléphoner et j'ai tout de suite une réponse ». Les assistantes maternelles vues en entretien estiment que **l'encadrement dont elles bénéficient à la circonscription est adéquat**.

Les **réunions organisées par la circonscription** sont très valorisées. Par ailleurs, ces réunions permettent à la puéricultrice et aux assistantes sociales de voir les enfants, et de mettre en place un suivi : les **missions de prévention et de protection** en sont d'autant mieux assurées.

Aucun dysfonctionnement n'est à signaler en ce qui concerne le renouvellement des agréments : les assistantes maternelles apprécient la manière dont la procédure est mise en place. « On est prévenu trois à quatre mois à l'avance, ça nous laisse le temps de monter le dossier ».

En ce qui concerne la **formation obligatoire** dispensée par le Conseil général depuis la loi de 2005, elle est à présent **mise en place dans l'ensemble du département**. Le rattrapage prévu pour les assistantes maternelles agréées avant le changement réglementaire est peu à peu effectué.

Relations avec le public :

Les assistantes maternelles vues en entretien rapportent une évolution notable concernant leurs rapports avec les parents des enfants dont elles s'occupent. La loi de 2005 joue pour beaucoup dans cette évolution : « *Avec la loi, on peut s'imposer face aux parents, pour les tarifs, les vacances ou les ruptures de contrats. On peut aussi plus facilement dire non pour les dépannages trop fréquents* ». Le **cadre législatif** mis en place, l'**organisation des assistantes maternelles en réseau** et l'augmentation des **activités en extérieur** (bibliothèque, ludothèque) favorisent la **professionnalisation du métier** : les assistantes maternelles s'éloignent de la figure de la « nounou » pour se rapprocher de professionnelles spécialisées dans l'éveil des enfants en bas âge.

Réseau :

Les assistantes maternelles reconnaissent qu'elles ont à présent beaucoup plus de relations les unes avec les autres. Plusieurs facteurs ont joué en ce sens : les **Relais Assistantes Maternelles** (RAM) animent un réseau des assistantes maternelles, grâce à l'organisation de réunions, de formations et d'activités pour les enfants. Les **réunions en circonscription** permettent aussi aux assistantes maternelles de se voir régulièrement.

Par ailleurs, une association a été créée à Angers, la **CAMAF** (Coordination des Assistants Maternels et Familiaux d'Angers et sa région). Cette association a permis la mise en place d'un réseau angevin des assistants maternels et familiaux, et met à disposition des renseignements pour les assistantes maternelles, concernant à la fois les évolutions liées à la loi de 2005 et des thèmes pratiques.

Ces différents réseaux donnent accès à des activités variées pour les enfants : des séances de psychomotricité sont organisées par le RAM à Angers, qui par ailleurs a obtenu des créneaux horaires spécifiques pour les assistantes maternelles à la bibliothèque et à la ludothèque. L'association organise également régulièrement des activités avec les enfants,

ainsi que des réunions de groupe s'assimilant à des sessions de formation continue pour les assistantes maternelles.

3. L'accueil des jeunes enfants en situation de handicap

Le département de Maine-et-Loire compte une structure spécialisée dans l'accueil du jeune enfant présentant un handicap : un **Jardin d'enfants adaptés** est géré par l'AAPEI, et permet d'accueillir des enfants de moins de 6 ans, qui inquiètent leur entourage par leur comportement et leurs difficultés relationnelles, susceptibles de compromettre leur intégration collective. Les enfants sont accueillis deux demi-journées par semaine par un accompagnement qui se réalise en complément de leur lieu de vie habituel (crèche, halte garderie, école). Deux sites à Angers permettent l'accueil de 24 enfants.

Depuis 2007, les crèches non spécialisées doivent accueillir les enfants, sans distinction du handicap. Toutefois cette prise en charge s'avère souvent très difficile. Cependant, la structure d'accueil peut demander l'ouverture d'un poste spécialisé lorsqu'un enfant handicapé est accueilli en crèche.

Il n'existe pas au sein du département de crèches spécialisées, et les situations sont aujourd'hui régulées de manière individuelle par les Services des mairies.

Les trois villes du département connaissent aujourd'hui des évolutions notables et travaillent à un accompagnement adapté au sein de leurs structures d'accueil.

Ainsi, la ville de Cholet accueille chaque année environ 10 jeunes enfants en situation de handicap. S'il n'existe pas de structures à proprement parler « spécialisées » ni de personnel supplémentaire, un mouvement de formalisation s'est réalisé depuis deux ans. Ainsi, les situations sont mieux repérées, et prises en charge de manière plus adaptée. La ville de Cholet a en effet réalisé un effort de soutien en direction des équipes, à travers des actions de formations et de soutien. Par ailleurs, le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est aujourd'hui systématiquement rédigé avec les parents. Enfin, la ville met en place actuellement des groupes de travail en vue d'adopter une charte fin 2010 pour l'accueil des enfants en situation de handicap. Les demandes d'accueil proviennent à la fois des parents, mais également des SESSAD, et un travail en lien avec ces services et les CAMSP est réalisé lors de la prise en charge de l'enfant. Lors d'une demande des parents, la mairie se rapproche des médecins et de l'équipe de la crèche, afin d'aborder de la meilleure manière possible une intégration.

On ne compte pas de centres de loisirs spécifiques pour les enfants en situation de handicap. Quatre centres peuvent être cités dans la Région : deux localisés au Mans et deux à Nantes, qui permettent d'accueillir des enfants handicapés et des enfants valides pendant les vacances et le mercredi (deux de la « Fédération Loisirs pluriels »).

Initiatives départementales et locales :

La DDJS 49 a organisé en 2009 une formation sur le handicap à destination des directeurs et animateurs ayant déjà accueilli des enfants porteurs de handicaps ou souhaitant développer cet accueil dans leur structure.

La Mutualité Anjou Mayenne a créé en 1992 la première crèche au sein d'un Institut pour enfants déficients visuels, et aujourd'hui dispose de places réservées pour enfants en situation de handicap au sein d'une crèche qu'elle gère.

La mise en place d'une expérimentation à Segré en 2009 : 10 enfants handicapés ont été accueillis dans trois Centres de loisirs, qui ont formé le personnel et recruté un animateur spécialisé.

C) L'accompagnement à la parentalité et le soutien aux aidants naturels

A retenir

Atouts :

- Une couverture du département en REAAP

- Le développement de nombreuses initiatives au sein des territoires du département, sous des formes diverses (groupes de parole, jeux, débats, …), visant à accompagner les parents éprouvant des difficultés éducatives, ou souhaitant développer leurs compétences parentales.

- La mise en place d'actions collectives dans le cadre du soutien aux aidants naturels

- Un développement continu de l'accueil alternatif

Points d'amélioration :

- Des actions qui ne sont pas encore facilement accessibles aux personnes des **zones rurales**

- La réduction des interventions de l'État dans le cadre du REAAP qui impose une réflexion sur les participations financières des différents prescripteurs

- Un lien parent/enfant placé qui demeure à travailler

- Des groupes de parole pour les aidants naturels encore peu nombreux

- Une répartition inégale des places d'hébergement temporaire en EHPAD

- Des difficultés de fonctionnement des accueils séquentiels

- Un nombre de places peu élevé en matière d'hébergement séquentiel en faveur des personnes handicapées

1. Le développement d'actions collectives

Le soutien à la parentalité

Organisation et pilotage du dispositif

Le soutien à la parentalité consiste en l'accompagnement des parents dans leurs tâches éducatives, et s'avère essentiel dans le cadre des changements qui ont traversé la Société depuis 50 ans. Ainsi, le contexte de fortes précarités, alliées à un cadre familial en mouvement (avec une forte augmentation du nombre de familles monoparentales notamment), sont à l'origine d'une accentuation de la fragilité des parents, de nature à peser sur leurs capacités éducatives. Dans ce cadre, les actions de soutien à la parentalité sous toutes les formes doivent constituer une priorité.

Ces actions de soutien s'exercent tout d'abord **dans les différentes circonscriptions du Conseil général** et à travers le travail réalisé par les puéricultrices lors des visites à domicile, ou encore dans le cadre des actions éducatives. De manière plus générale, l'ensemble des actions réalisées auprès des familles par les professionnels des territoires contribuent au soutien à la parentalité des familles.

Les deux **Caisses d'allocations familiales** du département contribuent de façon importante au soutien aux familles, à travers le travail social qu'elles réalisent auprès de leurs allocataires.
La CAF de l'Anjou qui compte 45 travailleurs sociaux, et de l'agglomération choletaise qui en compte 3, réalisent du soutien aux familles. Ces professionnels (AS et CESF) développent des interventions sociales afin d'accompagner les parents dans les moments clés de la vie de la famille. La CAF Choletaise a ainsi mis en place en 2008 des séances d'information collectives sur le thème du congé parental : 129 personnes y ont participé.
Les CAF proposent également un soutien à la scolarité, à travers notamment des actions collectives centrées sur l'aide aux devoirs et visant à mieux impliquer les parents dans la scolarité de leurs enfants. En 2008, le CAF de Cholet a contribué au financement de 16 actions agréées par le Comité départemental de l'accompagnement à la scolarité, à hauteur de 30.199 euros. Ces actions ont été principalement développées par les centres sociaux et ont permis à 215 enfants de bénéficier d'une aide à la scolarité.

Les CAF pilotent les **lieux d'accueil enfants/parents** (LAEP), espaces conçus pour recevoir les jeunes enfants (jusqu'à 6 ans) accompagnés de leurs parents. Ils doivent permettre aux adultes de se côtoyer, d'échanger, et aux enfants de se rencontrer pour jouer ensemble.

Des ateliers collectifs maternité sont mis en place par la CAF d'Anjou en partenariat avec la CPAM et le Conseil général, afin de permettre des échanges entre les professionnels et les futurs parents. Par ailleurs, plusieurs séances sont organisées par la CAF au cours du 1er semestre 2010 pour des groupes de pères en instance de séparation, séparés ou divorcés, animés par un psychothérapeute conjugal et familial.
Enfin, les CAF proposent un service de soutien à la scolarité (aide aux devoirs et réalisation d'un travail avec les parent, dans le but de les impliquer dans la scolarité de leurs enfants. Ainsi, en 2008, la CAF de Cholet a financé une partie des 16 actions mises en place au titre de l'accompagnement à la scolarité (soit 30.119 euros, permettant à 215 enfants de bénéficier d'une aide à la scolarité).

Un grand nombre d'actions sont réalisées dans le cadre du **REAAP** (Réseau d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement à la Parentalité) : des initiatives existent dans le Maine-et-Loire, à destination des parents éprouvant des difficultés éducatives. La création de ce type de réseau au sein des départements a été impulsée par une circulaire de mars 1999. Suite à cette circulaire, des réunions et un état des lieux ont été organisés dans le département, suivis par le Comité départemental d'animation, piloté par la DDASS. Cette réflexion a abouti en 2001 au découpage du département en cinq réseaux locaux : le Segréen, le Baugeois-Vallée, le Sud Saumurois-Layon, les Mauges-Choletais, Angers-Trélazé. Un tel découpage a été pensé pour assurer une animation de proximité et de mettre en place des activités spécifiques. L'objectif du REAAP est avant tout de rendre lisible l'existence d'un réseau local composé d'acteurs venant en soutien à la fonction parentale. Le REEAP est soutenu par le Conseil général, la CAF et la MSA. Les porteurs des actions proposées peuvent être ainsi tant les circonscriptions d'action sociale, la CAF, ou encore des associations.

Les activités développées sont de différentes natures : organisation de manifestations sur des thèmes liés à la fonction parentale, accompagnement autour de la scolarité, groupes de parole, de l'accueil des jeunes enfants (« Ateliers Passerelles » ou encore « Nounous libérales), des formations (« On ne naît pas parents, on le devient ») …

Par ailleurs, le REAAP a contribué à la mise en place de **points info accueil**. Au 31 décembre 2009, on compte 6 points d'accueil info familles (Angers en 2005, Candé, Beaufort, Chemillé, Doué-la-Fontaine en 2006 et Montreuil Bellay en 2007). Enfin, la commune des Rosiers-sur-Loire offre depuis 2009 la possibilité aux parents d'accéder à l'information pour leurs démarches administratives ou associatives.

Des actions de soutien sont également conduites dans le cadre d'une Association de **médiation familiale** « Médiation 49 ». On retrouve des permanences à Angers et Cholet, au sein desquelles les personnes viennent volontairement ou sont aiguillées par le Juge des affaires familiales. Cette association, créée en 1992, connaît aujourd'hui une forte montée en charge de son activité : 270 entretiens d'information préalable ont été menés en 2009, contre 194 en 2008. Par ailleurs, un travail important est réalisé en lien avec les travailleurs sociaux des circonscriptions concernées par les familles, les services à domicile de type TISF et les deux CAF du département. La mise en partenariat avec les CCAS de la couronne Angevine est actuellement en cours.
Trois Points rencontres sont mis en place (Angers, Cholet en 1993 et Saumur en 2007), afin de faciliter l'accès de l'enfant à ses deux parents dans des situations de séparations conjugales conflictuelles.

L'ensemble de ces activités s'exercent en partenariat avec les principaux acteurs du département, à savoir la CAF, la MSA le Conseil général de Maine-et-Loire, ou encore l'ARS.
Par ailleurs, la CAF met également en place des actions de médiation familiale, via son médiateur familial.
Enfin, le Conseil général finance des actions de soutien à la parentalité conduites dans le cadre du Contrat urbain de cohésion sociale.

La CAF de l'Anjou pilote une expérimentation à destination des parents d'enfants en situation de handicap, permettant d'offrir une aide financière pour faire garder son enfant par un personnel qualifié. Un chéquier permet de faire réaliser 30 heures de garde ponctuelle par des associations conventionnées (l'Association Aide aux familles à domicile, l'Association Aide familiale populaire, l'Association Entraide familiale et sociale, l'Association familiale d'aide à domicile et l'ADMR).
Plus généralement, il apparaît essentiel de développer des accompagnements spécifiques à la parentalité pour ces familles. On peut également citer l'exemple du Pays segréen, qui met en place une réunion d'un groupe de parents « extraordinaires » tous les deux mois, entre parents d'enfants porteurs de handicap.

Initiatives départementales et locales :

Mise en place du service « KOALA », une première en France par la Mutualité Anjou Mayenne, en partenariat avec le CHU d'Angers, le Conseil général, les sages-femmes libérales, les pédiatres et les obstétriciens, afin de délivrer des conseils aux jeunes parents. Il s'agit d'une plateforme téléphonique gratuite ouverte du lundi au vendredi et tenue par une puéricultrice et la responsable du pôle enfance de la Mutualité du département.

La question du lien parent/enfant pendant le placement

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection de l'enfance a reconnu l'importance du maintien du lien parent-enfant dans la mise en œuvre des mesures de prévention et de protection. Les travaux préparatoires au projet de loi et le texte lui-même soulignent l'importance d'un accompagnement à la responsabilisation des parents. La question du lien parent/enfant pendant le placement apparaît prégnante, tant dans les situations de placement en établissement qu'en famille d'accueil, afin de faciliter le retour en famille des enfants placés chaque fois que possible, mais également de maintenir les relations entre membres d'une même fratrie et investir dans la durée le champ de la parentalité.
La question du maintien ou de la restauration du lien parent/enfant renvoie au travail qui doit être réalisé au sein des établissements de placement lors de l'accueil de l'enfant et tout au long de l'accompagnement (droits de visite, association des parents dans la prise de décisions, partage de moments de vie…). Cette question du lien se pose de manière spécifique en ce qui concerne les pouponnières, avec non plus une problématique de maintien mais de création du lien. On compte 5 pouponnières dans le département, avec 83 places au total, soit un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale (0,43 pour 1 000 enfants de 0 à 3 ans contre 0,25 au niveau national).

Le Centre maternel du département (44 places) constitue également un lieu privilégié pour travailler la création du lien entre une mère et son enfant.

Par ailleurs, les visites médiatisées ont fait l'objet d'un travail avec les associations de TISF, sur la mise en œuvre de visites par leurs services. Un service expérimental de rencontres médiatisées a été mis en place en lien avec les circonscriptions.

Enfin, la question du placement à domicile n'a pas fait pour l'instant l'objet d'un développement construit. Le Village Saint Exupéry envisage l'expérimentation d'un dispositif de placement éducatif à domicile, qui devrait voir le jour courant 2010.

L'organisation du lien parent-enfant dans les situations de placement a fait l'objet d'une priorisation dans le cadre du schéma 2005/2010, et la réflexion a ainsi été engagée sur la place des parents et la nécessité de les associer pleinement. Un travail de cadrage théorique a été mené (sur la définition du lien, son contenu, ou encore le cadre juridique de l'autorité parentale). Cependant, le travail de lien entre les parents et les enfants est à conforter, notamment en ce qui concerne les pratiques des professionnels.
L'étude sur les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance de 2009 **identifie la question du lien parent/enfant comme une priorité de travail**. L'enquête réalisée indique ainsi que 42,7% des parents se perçoivent comme participants aux décisions prises (50,4% en établissements contre 35,7% en familles d'accueil). Par ailleurs, 22,3% des parents jugent difficile le maintien du lien familial, les moyens et temps de déplacement constituant des freins.

Les actions collectives de soutien aux aidants naturels

Le soutien aux aidants naturels doit être intégré à toute problématique relative au maintien à domicile. Deux catégories d'aidants doivent être ici distinguées : le conjoint et les enfants. Le fondement de cette distinction repose sur la forme de l'aide à mettre en œuvre pour chacune de ces deux catégories. En effet, le conjoint est souvent lui-même fragilisé, tandis que les rapports familiaux s'inversent pour les enfants vis-à-vis de leur parent.

L'aide aux aidants naturels a été inscrite comme une priorité au schéma gérontologique 2008-2010 du département de Maine-et-Loire. Dans ce cadre, le Conseil général a développé de façon importante les places en hébergement alternatif, condition *sine qua non* du respect du droit au répit.

Par ailleurs, un certain nombre d'actions collectives sont développées par les CLIC. Ainsi, en 2008, un certain nombre de **débats** ont été organisés sur des thèmes variés et animés par des professionnels psychologues ou médecins (par exemple « Solitude et isolement » ou encore « Accompagner le grand âge), de même que des **temps d'information et/ou d'échanges**. Des manifestations de grande ampleur ont également été organisées : ainsi, une conférence relative à la prévention des chutes a permis de réunir 120 personnes en 2008. Enfin, au sein du département, des **groupes de parole** ont été mis en place, mais ils restent à la marge et ne sont pas généralisés à l'ensemble du territoire. La MSA est également à l'initiative d'un grand nombre d'actions collectives en faveur des aidants naturels.

Le Conseil général, en lien avec la CNSA, soutient un projet d'ampleur de soutien aux aidants porté par l'association Anjou domicile service. Ce projet, baptisé « Alter Ego », verra le jour courant 2010 et vise à mettre en place six grandes actions de soutien aux aidants, qui seront expérimentées sur le territoire d'Angers agglomération, avant d'être généralisées sur le territoire départemental. Les actions développées seront les suivantes : organisation de forums, conférences, actions de communication ; mise en place d'une dynamique de réseau du service ; soutien individuel et collectif (groupes de parole, entretiens, …) ; mise en place de formations ; innovation et expérimentation de la Maison des aidants ; organisation d'animations et de sorties. Ces actions ont vocation à être réalisées en lien avec les services à domicile membre de la plate-forme départementale, et a une visée pluri-partenariale (CCAS, CLIC, …). Le Conseil général participe à hauteur de 242.000 euros à ce projet sur 2010/2011, soit 26% du budget total.

Enfin, l'aide aux aidants naturels nécessiterait la centralisation des informations dans un lieu unique, aisément identifiable par tous les usagers. Si les CLIC peuvent jouer ce rôle, ils ne sont pas encore suffisamment lisibles auprès de la population. L'absence de stratégie de communication commune des financeurs nuit à la lecture du dispositif d'aide aux aidants naturels.

Initiatives départementales et locales :

En partenariat avec l'ASSADOM et l'ADMR, la Communauté de Communes Loire-et-Sarthe a souhaité expérimenter une action d'aide aux aidants par le remplacement de l'aidant à son domicile. Cette action s'est inscrite en partenariat avec les CLIC, qui se sont posés en tant que vecteurs des demandes des familles.

L'action « Entr'Aidants », soutenue par la MSA, a permis la rencontre d'aidants autour de la maladie d'Alzheimer en novembre 2009, dans le cadre d'un forum au Lion d'Angers.

La création de services d'accompagnement en nombre ne suffit pas à garantir un dispositif de soutien à domicile de qualité au sein d'un département. Ainsi, il est nécessaire de développer un dispositif proposant un nombre important d'actions diversifiées à l'égard de la personne et de sa famille. En effet, si les réponses se montrent diversifiées et complémentaires, l'entrée en établissement sera alors retardée pour la personne qui pourra demeurer dans le mode d'hébergement qu'elle aura choisi.

2. Le développement de l'hébergement alternatif

Organisation et pilotage du dispositif

La création de services d'accompagnement en nombre ne suffit pas à garantir un dispositif de soutien à domicile de qualité au sein d'un département. Ainsi, il est nécessaire de développer un dispositif proposant un nombre important d'actions diversifiés à l'égard de la personne et de sa famille.

Considérées comme pilotes dans le parcours de la personne en situation de handicap ou de la personne âgée, mais aussi partenaires de l'accompagnement, aux côtés des différents intervenants, les familles doivent être associées et soutenues tout au long de la trajectoire de vie de l'usager du dispositif.

En établissement, l'accompagnement et le soutien des familles est un corollaire à la prise en charge de l'enfant et/ou de l'adulte. Les familles peuvent intervenir par le biais des Conseils de Vie sociale et lors de la constitution du projet individualisé de la personne.

En revanche, un problème important se pose au niveau des **familles en attente d'une place en structure**, dont l'enfant ou l'adulte ne bénéficie d'aucune prise en charge et qui sont laissées sans accompagnement psychologique.

Ces besoins sont d'autant plus importants chez les familles des personnes en attente de place qui sont les plus démunies, en l'absence de perspective de prise en charge.

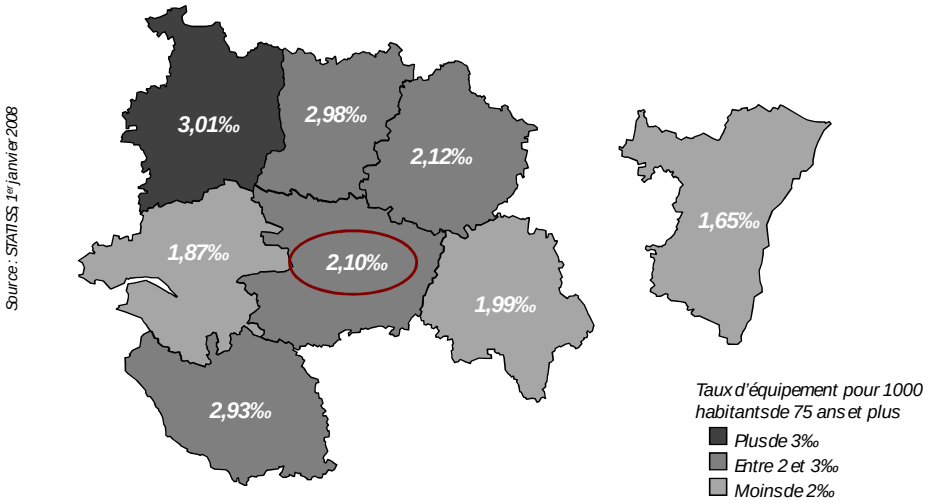
Initiatives départementales et locales :

Le Village répit-famille « La Salamandre », géré par l'AFM pour accueillir les familles et leurs proches atteints de maladies neuromusculaires a ouvert ses portes en septembre 2009 à Sainte-Gemmes-sur-Loire, pour permettre aux familles et à leurs proches de venir s'y ressourcer au sein des 4 premiers appartements (projet d'extension à 11 maisons)

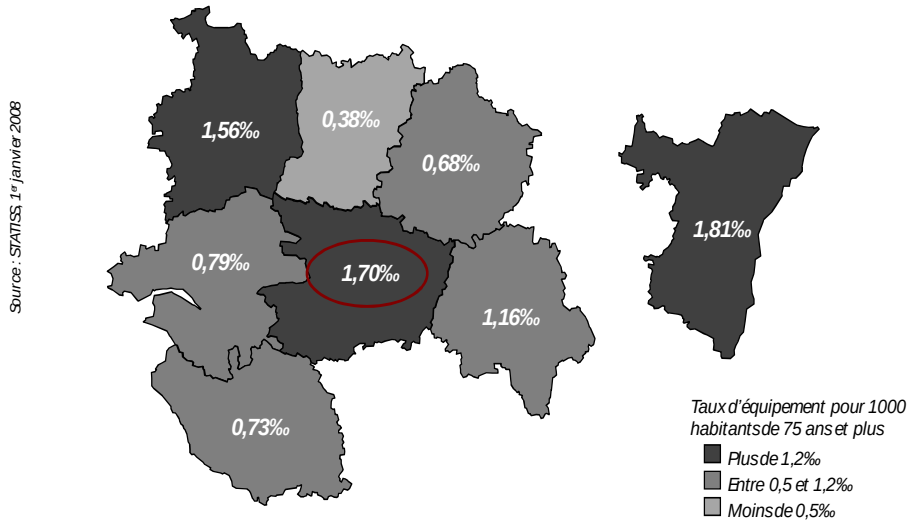
L'hébergement alternatif pour personnes âgées est relativement bien développé au sein du département, bien qu'il faille établir une distinction entre l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.

En ce qui concerne l'hébergement temporaire tout d'abord, le département a développé à la fois des places en hébergement temporaire classique, et spécifiques pour les personnes âgées désorientées.

En comparaison des autres départements retenus pour l'échantillon, le département de Maine-et-Loire dispose de 2,1% places installées pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Il se place ainsi entre la moyenne nationale (1,56‰) et la moyenne régionale (2,28‰). Le département présente **le quatrième taux le moins important du panel constitué**. Il est ainsi relativement moins bien équipé que l'Ille-et-Vilaine, la Mayenne, la Vendée et la Sarthe. Au sein de la région Pays-de-la-Loire, seule la Loire-Atlantique affiche un ratio plus faible que celui du Maine-et-Loire, avec 1,87 places installées pour 1000 personnes de 75 ans et plus.



En matière d'accueil de jour pour les personnes âgées, l'offre d'accompagnement apparaît bien développée sur le territoire maino-ligérien. **Le ratio d'équipement départemental**, de 1,7 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, **est en effet supérieur aux moyennes nationale** (1,2‰) **et régionale** (0,92‰). Le Maine-et-Loire présente ainsi le taux d'équipement le plus élevé de la région Pays-de-la-Loire, et le second du panel considéré. Seul le Bas-Rhin, avec 1,81 places installées pour 1000 personnes de 75 ans et plus, est proportionnellement mieux équipé que le Maine-et-Loire.



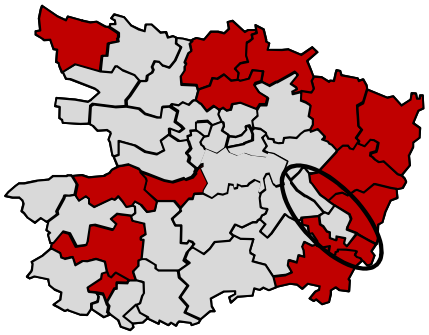
Concernant l'hébergement temporaire « classique », il ne semble pas y avoir eu de réelle création de places depuis 2002. En effet, à cette date, le département disposait de 94 places en **hébergement temporaire,** celles-ci étant aujourd'hui au nombre de **99**. Cependant un effort de répartition territoriale semble avoir eu lieu. Si 70% des places étaient situées sur

Angers en 2002, seules 41% des places d'hébergement temporaire le sont aujourd'hui. Par ailleurs, le département a su s'adapter aux évolutions en créant 55 places d'hébergement temporaire pour personnes désorientées.

Par ailleurs, l'accueil de jour a également fait l'objet d'un effort soutenu du Conseil général, portant l'offre au sein du département à un total de **213 places en accueil de jour**. Par ailleurs, **4 accueils de nuit** ont également été créés depuis 2007.

La carte permet de signaler en rouge les cantons qui ne disposent d'aucune place en hébergement intermédiaire de type temporaire ou accueil de jour/nuit. On constate ainsi une carence sur l'ensemble de l'Est et du Nord-Est du département. Par ailleurs, si l'on compare la dotation des trois agglomérations du département, Saumur et les cantons associés apparaissent particulièrement dépourvus. Ainsi, la ville de Saumur ne dispose que de 10 places d'accueil de jour et d'aucune place en hébergement temporaire. Le canton de Saumur Nord possède pour sa part une seule place d'hébergement temporaire.

Hébergement alternatif

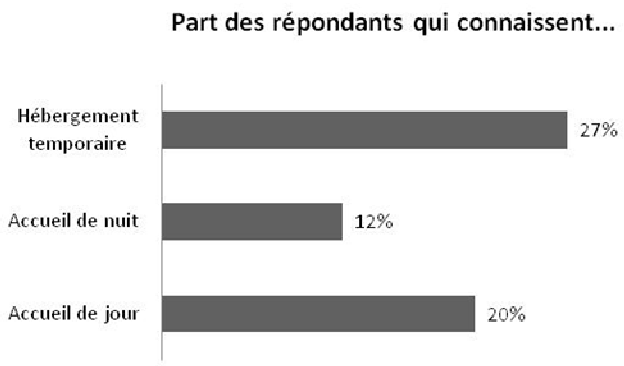


Source : Conseil général, mars 2009

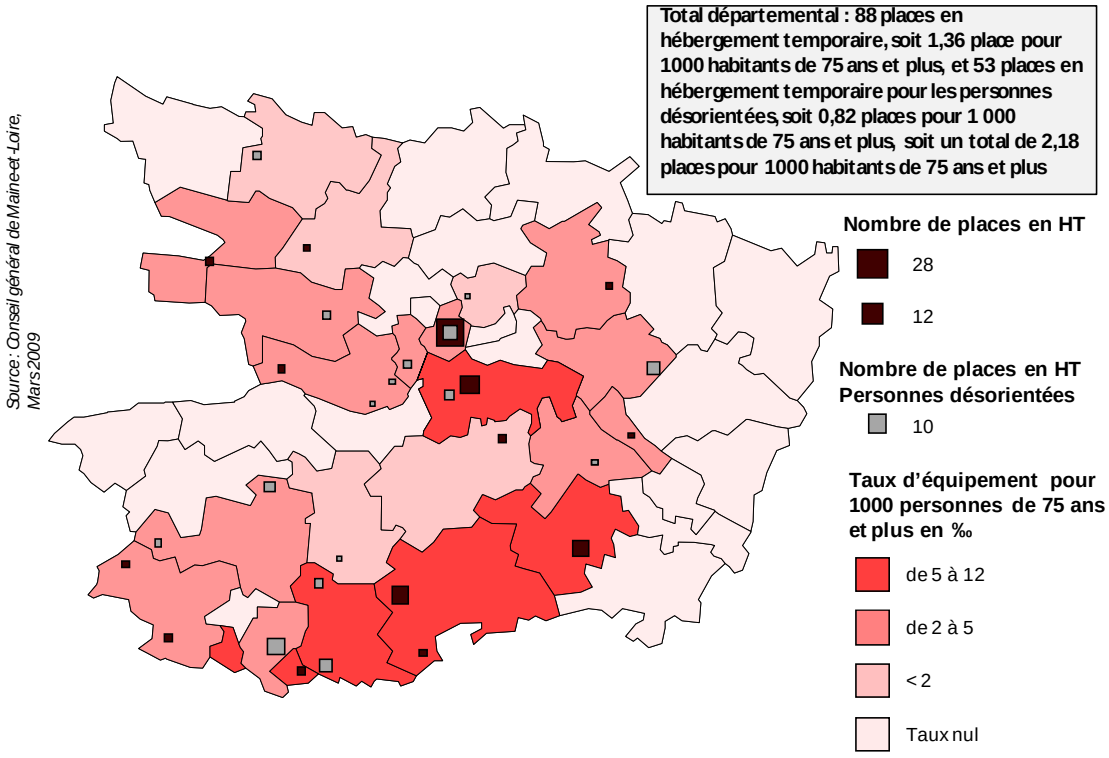
Une réflexion doit par ailleurs être conduite sur le type d'accueil de jour que le département souhaite privilégier, entre des structures de quelques places situées de façon homogène sur l'ensemble du territoire, ayant pour avantage de mailler les zones très rurales ; ou la mise en place d'accueils de jour de 10 à 12 places permettant de développer un projet d'accompagnement de qualité, ce que des structures de 3 ou 4 places ne permettent pas toujours.

Par ailleurs, les taux d'occupation des hébergements alternatifs sont très variables d'une structure à l'autre. On notera comme facteurs de réussite la spécificité du projet de service, la résolution de la question des transports mais aussi l'intégration dans l'environnement de la structure, laquelle passe par des actions continues d'information.

En l'occurrence, l'enquête menée auprès des bénéficiaires de l'APA a montré que seuls 27% connaissaient l'existence des hébergements temporaires.



En termes de répartition, on notera que l'offre d'accompagnement en hébergement temporaire pour les personnes âgées et pour les personnes âgées désorientées est relativement éparse sur le territoire mainoligérien.

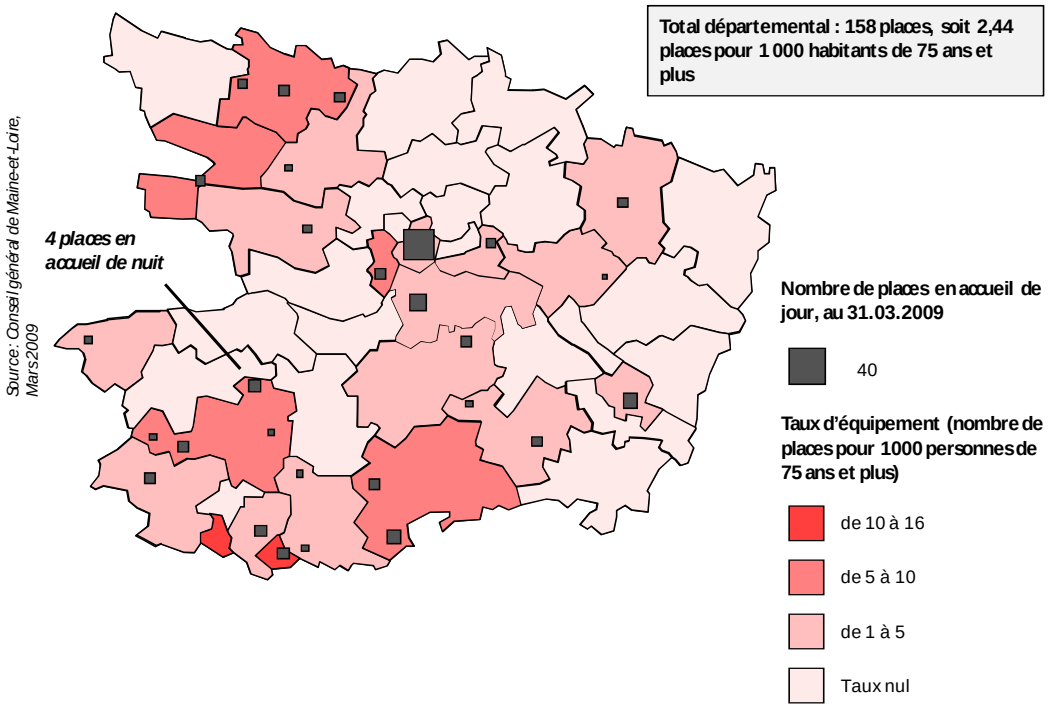

Total départemental : 88 places en hébergement temporaire, soit 1,36 place pour 1000 habitants de 75 ans et plus, et 53 places en hébergement temporaire pour les personnes désorientées, soit 0,82 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, soit un total de 2,18 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus
Source : Conseil général de Maine et Loire, Mars 2009
Nombre de places en HT
28
12
Nombre de places en HT Personnes désorientées
10
Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus en ‰
de 5 à 12
de 2 à 5
< 2
Taux nul

On remarque en effet que le département ne dispose que de très peu de places dans le nord et dans l'est du département, tandis qu'Angers, ses couronnes nord et sud et le sud-ouest du département sont plus favorablement dotés.

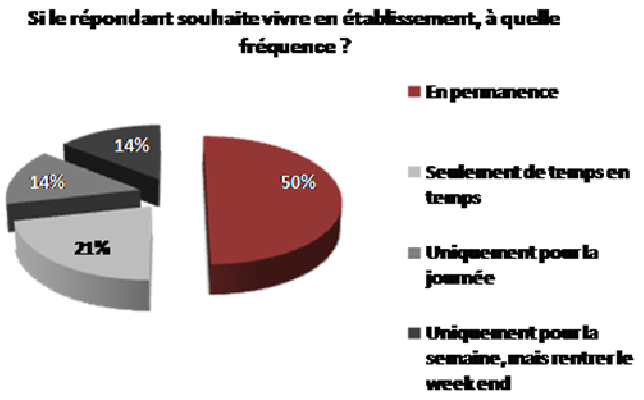
Concernant l'accueil de jour, Le département de Maine-et-Loire compte 213 places en accueil de jour, soit 3,29 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. L'Est du département apparait comme défavorablement doté en places d'accueil de jour, ainsi que le canton de Pouancé, les territoires situés au nord d'Angers et le nord des Mauges.

Concernant l'est du département, la situation est particulièrement désavantageuse, dans la mesure où ce territoire est vieillissant.

Concernant l'hébergement alternatif pour personnes handicapées, il existe à ce jour encore peu de places disponibles sur le département. Au 31 décembre 2009, on compte ainsi 32 places en hébergement temporaire (1 à 5 places au sein d'établissements pour adultes handicapés), inégalement réparties sur le territoire (avec aucune place par exemple sur le


Total départemental : 158 places, soit 2,44 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
4 places en accueil de nuit
Source : Conseil général de Maine-et-Loire, Mars 2009
Nombre de places en accueil de jour, au 31.03.2009
40
Taux d'équipement (nombre de places pour 1000 personnes de 75 ans et plus)
de 10 à 16
de 5 à 10
de 1 à 5
Taux nul

Pays Layon Lys Aubance). Les places en accueil de jour sont plus nombreuses, avec 5 Centres d'accueil de jour (pour 74 places), et 9 Foyers de vie qui disposent d'un accueil de jour.



En ce qui concerne les personnes handicapées, on notera qu'une part importante des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête en destination des bénéficiaires de l'AAH est prête à utiliser des structures de type séquentiel à des fréquences variables.

Initiatives départementales et locales :

Deux projets relatifs à l'expérimentation d'un accueil de jour itinérant à domicile ont été déposés en 2010.

D) Le soutien aux aidants professionnels

L'aide à apporter aux aidants professionnels n'a pas encore fait l'objet d'axes stratégiques au sein des différents schémas. Pourtant plusieurs dynamiques qui sont aujourd'hui à l'œuvre pourraient inciter à développer des actions spécifiques. Il s'agit :

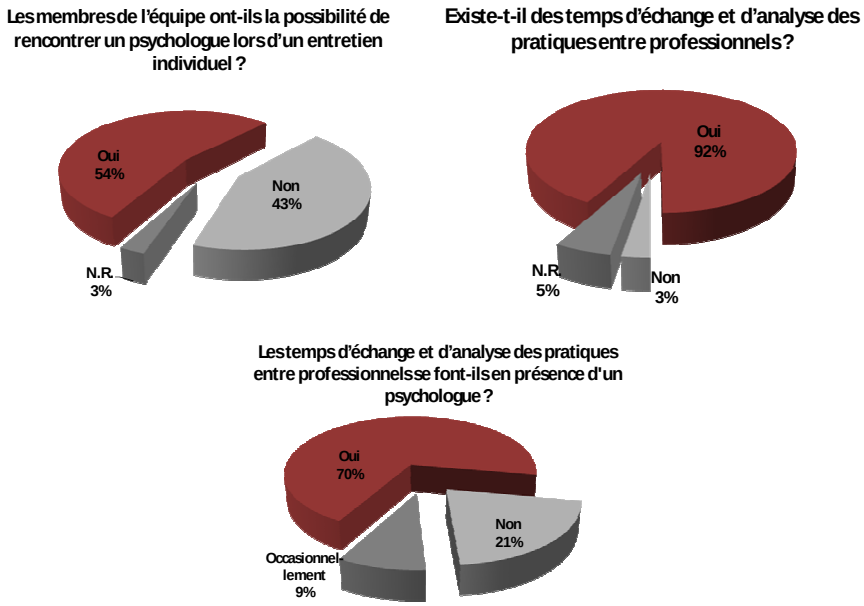
- De la présence de publics de plus en plus difficile à accompagner (pour des raisons de dépendance accrue ou de troubles psychiques aigus).

- Des exigences de qualité qui sont partagées aussi bien par les tarificateurs que par les opérateurs. Or, il est toujours difficile d'effectuer une prestation de qualité quand le travail est synonyme de souffrance (quelle qu'en soit la forme).

Le soutien aux aidants professionnels relève encore de la bonne volonté des directrices et directeurs de structure.

A titre d'illustration, l'enquête menée auprès des EHPAD du département, montrait que 8 établissements sur 10 prévoyaient des temps d'analyse de pratique, mais que seulement 6 sur 10 organisaient ces moments avec un accompagnement professionnalisé (ex. : psychologue).

Dans le secteur du Handicap, l'enquête menée auprès des structures (établissements et services) pour adultes montre que des temps d'échange et d'analyse des pratiques sont mis en place dans 92 % des établissements et services répondants, témoignant d'une large diffusion de cette pratique. Dans 80 % des cas, ces réunions sont encadrées et guidées par un psychologue, soit systématiquement, soit occasionnellement. L'intervention d'un psychologue dans un cadre individuel (entretien) est possible dans 54 % des établissements et services : cette modalité est donc moins répandue. Cela peut s'expliquer par la contrainte de temps pesant sur l'intervention des psychologues dans les établissements.


Les membres de l'équipe ont-ils la possibilité de rencontrer un psychologue lors d'un entretien individuel ?
Oui 54%
Non 43%
N.R. 3%
Existe-t-il des temps d'échange et d'analyse des pratiques entre professionnels ?
Oui 92%
N.R. 5%
Non 3%
Les temps d'échange et d'analyse des pratiques entre professionnels se font-ils en présence d'un psychologue ?
Oui 70%
Non 21%
Occasionnellement 9%

Ce constat peut sans doute être réitéré dans chacun des secteurs concernés par le schéma unique. Mais celui-ci pourrait poser comme principe le développement des actions d'aide aux aidants professionnels, comme garantie supplémentaire de la qualité des prestations.

Chapitre V : L'accueil familial

V. L'accueil familial

Présentation

L'accueil familial, qui a été développé de manière très différente selon qu'il concerne le dispositif de l'Aide sociale à l'enfance ou le dispositif en direction des personnes âgées et handicapées, est sous-tendu par des principes communs relatifs à son fonctionnement (formation, problématiques rencontrées, suivi et contrôle par le Conseil général notamment).
Cependant, si le métier de « famille d'accueil » des enfants confiés existe depuis plusieurs siècles, les familles d'accueil pour personnes âgées et handicapées constituent un mode d'accompagnement qui s'est développé tardivement (décret de 1989). Par ailleurs, la terminologie employée diffère : on parle d'assistants familiaux (ASSFAM) pour l'accueil familial entendu au titre de l'ASE, et d'accueillants familiaux en ce qui concerne l'accueil des personnes âgées et handicapées.
Enfin, le Conseil général va procéder au recrutement dans le cadre de l'accueil familial des enfants confiés à l'ASE, alors que les personnes accueillies sont elles-mêmes employeurs de la famille qui les accueille en ce qui concerne le public des personnes âgées et handicapées. Une politique de recrutement exigeante est mise en place par les services du Conseil général, allant au-delà du cadre légal. Ceci explique la différence significative entre le nombre d'assistants familiaux agréés dans le département et le nombre d'entre eux salariés par le Conseil général.
Cependant, des évolutions similaires traversent les deux secteurs.

Le dispositif sera évalué à l'aune de la répartition de ces accueils sur le territoire, de leur adéquation aux profils des personnes accueillies et du mode de pilotage privilégié (pour le recrutement, l'agrément et le suivi).

A retenir

Atouts :

- Un dispositif étayé de suivi et de soutien

- Une structuration des modes de placement pour s'assurer de l'adéquation entre l'offre et la demande (seulement pour l'ASE)

- Une diversification et une souplesse des offres existantes pour un accueil familial adapté (CESAM, CAFS)

Points d'amélioration :

- Un sentiment d'isolement qui demeure important

- Une répartition inégale sur le territoire

- Une diminution de l'offre et des difficultés de recrutement importantes

- Des publics difficiles peu accompagnés par les ASSFAM

A. L'agrément, le suivi et le contrôle de l'accueil familial par le Conseil général

L'activité de l'accueil familial s'est traduite par une structuration importante sous l'impulsion des législations. Qu'il s'agisse de la loi 2002-2 ou la loi du 27 mars 2005, les contrôles ont été renforcés, et les accueillants disposent aujourd'hui d'un statut professionnalisant.

Focus sur la loi du 27 juin 2005 relative aux assistants familiaux

La loi concerne à la fois l'accueil des jeunes enfants et l'accueil des jeunes séparés de leur famille au titre de la protection de l'enfance. Les principaux objectifs du texte sont :

- de clarifier le statut des assistants familiaux et de renforcer l'attractivité du métier
- d'améliorer la qualité de l'accueil, à travers le renforcement de la formation des accueillants

Les principales dispositions

Le texte définit le *rôle et la fonction des assistants familiaux***,** et détermine les conditions d'octroi de l'agrément pour exercer la profession d'assistant familial.

Des périodes de formation obligatoires sont définies (ainsi que les modalités de financement de ces formations). La formation est désormais organisée en deux temps :

- une formation de 240 heures pour les assistants familiaux en emploi
- un stage préalable à l'accueil d'enfants (de 60 heures) pour les assistants familiaux nouvellement agréés

La loi précise enfin les *droits des assistants familiaux* en matière de rémunération, de temps de travail, de congés et de garanties en cas de licenciement.

Les principaux enjeux de la loi à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration du schéma :

- Le développement quantitatif de l'accueil familial doit aller de pair avec un renforcement de la qualité de l'accueil
- Des objectifs de formation sont assignés aux employeurs des assistants familiaux

- La délivrance d'un agrément, préalable à l'exercice de l'activité

L'activité de l'accueil familial est soumise à l'agrément préalable du Conseil général.

L'unité assistants familiaux du Conseil général, qui appartient au service ASE-Accueil (19 ETP) a pour mission de coordonner l'action des assistants familiaux employés par le département, et de centraliser les disponibilités ainsi que leur projet d'accueil.
Le service Actions médicosociales et vie associative réalise cette mission en ce qui concerne l'accueil familial des personnes âgées et handicapées.

Un certain nombre de règles sont communes aux deux types d'accueil familial : la durée de l'agrément est de 5 ans, renouvelables. Par ailleurs, toute demande d'agrément va entraîner la réalisation d'une évaluation. Une commission d'agrément émet un avis.

Au sein du département, on compte 518 ASSFAM au 31 décembre 2009 au sein du département, soit une évolution de + 13% depuis 2003. Ce chiffre est par ailleurs en constante évolution. 52 personnes ont souhaité obtenir un agrément cette même année, et 42 ont été recrutés. 899 enfants peuvent y être accueillis.
98 accueillis familiaux accompagnent des personnes âgées et des personnes handicapées sur le territoire, et ce chiffre est stable depuis quelques années (97 accueillants familiaux depuis 2005). 107 personnes sont accueillies dans ce cadre : 29 personnes âgées et 78 personnes handicapées. Par ailleurs, en 2008 le département a donné 12 agréments, contre 4 en 2009. Le nombre de refus est identique les deux années, avec 7 refus.

- Les actions de formation

La délivrance de l'agrément est conditionnée à une réalisation de formation (formation règlementaire) en ce qui concerne les assistants familiaux. Concernant l'accueil familial social, seul le renouvellement est conditionné par la fourniture d'une attestation de formation. Par la suite, des formations doivent être organisées par le Conseil général.
En 2008, 284 jours de formation ont été organisés en faveur des ASSFAM, soit près du double qu'en 2007 (148 jours). Le nombre de personnes concernées reste globalement stable (630 personnes).
.

- Le suivi

Le Conseil général est tenu d'assurer le contrôle et le suivi des accueillants familiaux.

Une **politique volontariste de formation et d'accompagnement** des assistants familiaux a été mise en place par le Conseil général. De plus, **15 groupes d'analyse de la pratique** ont réuni des assistants familiaux sur le territoire départemental durant l'année 2008. Par ailleurs, au sein de l'unité dédiée, deux éducateurs sont positionnés sur l'accompagnement des assistants. Outre les évaluations de recrutement et de changement de spécialité, ces ressources ont été orientées en priorité vers le suivi des assistants familiaux spécialisés (accueil d'urgence et de courte durée, accueil relais, accueil en vue d'adoption) et les assistants familiaux exerçant en couple. Depuis fin 2008, les éducateurs organisent en plus une rencontre systématique avec les assistants familiaux après le départ d'un enfant. Enfin, des **réunions de service** sont organisées (deux réunions ont été tenues en 2008) afin d'informer et d'échanger avec les assistants familiaux notamment sur l'organisation des services du département et les évolutions législatives affectant le métier d'assistant familial.

En outre, par la suite, le service ASE priorise les demandes de placements en familles d'accueil au regard de plusieurs critères. Une **Commission de placement** réunissant les deux services est ensuite organisée pour étudier l'adéquation des demandes avec les disponibilités existantes en terme géographique, et l'adéquation du profil de l'enfant et de son projet avec le projet d'accueil de l'assistant familial. A l'issue de cette commission, une proposition d'accueil est formulée qui sera transmise à l'inspecteur de groupement concerné et qui prendra contact avec le référent de l'enfant afin de s'assurer de la faisabilité de l'accueil.

Les dispositions de la loi de 2005 ont dans l'ensemble été concrétisées

Cette loi vise principalement, à travers un renforcement de la formation et une revalorisation du statut, une amélioration de la qualité de l'accueil familial. Les dispositions de ce texte ont été concrétisées dans le Maine et Loire. A titre d'exemple, sur le volet de la formation continue, toutes les personnes en formation au moment de la mise en application de la loi ont suivi les 240h (comme le dispose la loi), en deux sessions de 120h. Tous les assistants familiaux entrés en formation après cette date ont également réalisé ces 240h.

Des actions, relevant à la fois de l'accompagnement et de la formation, ont également été mises en œuvre. Par exemple, le Département a organisé des modules d'analyse des pratiques, concernant 150 assistants familiaux par an, qui participe à une séance toutes les 6 semaines avec un cabinet de psychosociologues.

Initiatives départementales et locales :

La diffusion par le Conseil général en 2009 d'un « Guide pratique » concernant l'évaluation dans le cadre de l'agrément assistant familial, permettant de poser des repères aux professionnels, mais également d'harmoniser les pratiques au niveau départemental.

- L'accompagnement des assistants/accueillants familiaux, un chantier prioritaire

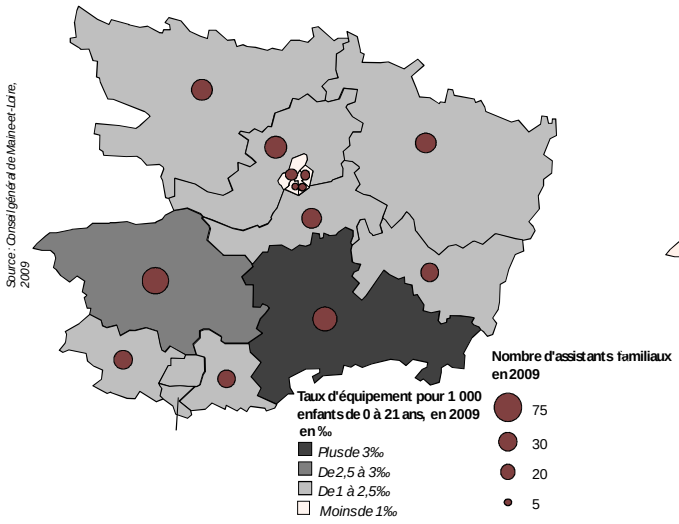
Malgré la politique volontariste du service central accueil – ASE et la participation des assistants familiaux aux révisions annuelles de situation, les partenaires ressentent toujours l'isolement des assistants familiaux dans leur métier. La communication sur les possibilités d'accompagnement des assistants familiaux, notamment par les psychologues de l'aide sociale à l'enfance, pourrait être renforcée. En outre, les référents ASE pourraient être sensibilisés aux besoins spécifiques d'accompagnement des assistants familiaux dans le cadre du placement d'un enfant en famille d'accueil.

Le schéma enfance-famille 2005/2010 souhaitait développer le soutien aux familles d'accueil, notamment par un appui technique autour des situations rencontrées, par les circonscriptions, les établissements et les services de milieu ouvert, mais cette démarche n'a pas été mise en œuvre.

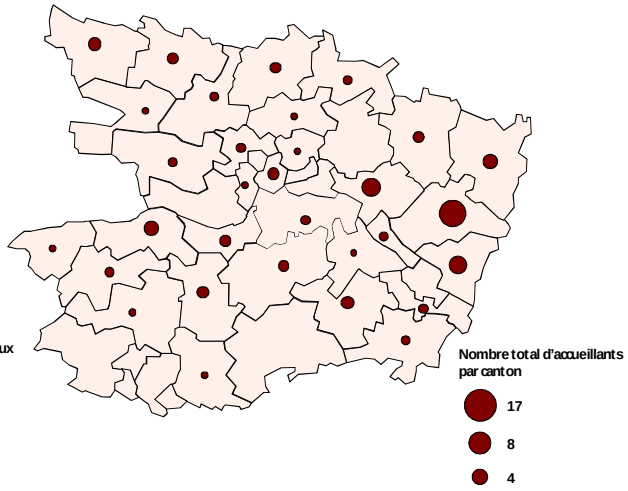
Le constat est le même en ce qui concerne les accueillants familiaux, qui manquent de lieux de partage de leur expérience, ou qui peuvent se trouver parfois démunis face à des situations complexes (handicap psychique par exemple).

B. Une répartition territoriale hétérogène

518 Assistants familiaux pour les enfants confiés à l'ASE


Source : Conseil général de Maine-et-Loire, 2009
Nombre d'assistants familiaux en 2009
75
30
20
5
Taux d'équipement pour 1 000 enfants de 0 à 21 ans, en 2009 en ‰
Plus de 3‰
De 2,5 à 3‰
De 1 à 2,5‰
Moins de 1‰

98 Accueillants familiaux pour les personnes âgées et handicapées



Comme dans la plupart des départements, la répartition territoriale des assistants familiaux est inégale, et dans l'ensemble polarisée sur les zones rurales. Ainsi, les circonscriptions de Doué la Fontaine et des Mauges comptent un taux d'équipement plus important, avec 137 ASSFAM (soit 26% du total). Si ces deux territoires concentrent un taux très faible d'accueillants familiaux du public âgé et handicapé, l'offre reste cependant concentrée dans le rural, dans le Nord-Est du département (avec 17 familles sur le canton de Longué-Jumelles).

Un déficit d'assistants familiaux particulièrement important peut être relevé sur Angers, en particulier dans la circonscription sud qui compte à la fois le plus grand nombre d'enfants confiés à l'ASE placés en famille d'accueil et dont l'autorité parentale est dans la circonscription (112 enfants en 2009) et le plus faible nombre d'assistants familiaux (2).

Ce constat soulève des enjeux de maintien du lien parents/enfants placés et de continuité des parcours : organisation des visites, continuité du lieu de scolarisation, du suivi sanitaire…

Pour autant dans le département, plus de 84% des accueils sont réalisés à moins de 40 km du centre de circonscription de l'autorité parentale.

- Des difficultés de recrutement associées à un vieillissement de la moyenne d'âge

La problématique du recrutement des assistants familiaux apparaît comme une difficulté réelle. Ainsi, si le Conseil général affirmait déjà en 2005 souhaiter développer l'accueil pour les personnes âgées et handicapées, le nombre de familles d'accueil est aujourd'hui sensiblement similaire (+ 1 accueillant).
Le Conseil général a ainsi lancé une campagne de recrutement des ASSFAM en mars 2010, s'appuyant sur des supports presse et radio. La possibilité de cibler plus particulièrement les zones urbaines où le déficit de l'offre est important est en cours d'étude.

Par ailleurs, la moyenne d'âge tend à s'allonger. Ainsi, 46% des accueillants familiaux ont 60 ans ou plus.
La moyenne d'âge des ASSFAM est de 51 ans et 30% ont 55 ans ou plus, ce qui fait craindre des départs à la retraite en nombre, qui ne pourront être compensés par des recrutements.

- Le niveau de l'offre apparaît déficitaire et semble inadéquat au regard de l'évolution des besoins

Le bilan social 2007 – 2008 des assistants familiaux du Maine et Loire précise : « Globalement, la demande reste largement supérieure à l'offre ». Ainsi, un délai moyen de placement en famille d'accueil de 7,28 mois est symptomatique de ce déficit (contre 5,36 mois l'année précédente).
Ce constat est la résultante de plusieurs facteurs :

- En premier lieu, il faut noter que si le nombre d'assistants familiaux augmente, le nombre de places continue de diminuer. En effet, des assistants familiaux expérimentés disposant souvent d'un agrément pour plusieurs enfants prennent leur retraite et les nouveaux arrivants commencent la plupart du temps leur parcours avec un agrément pour l'accueil d'un seul enfant.
- En second lieu, il apparaît que peu d'assistants familiaux se sont positionnés sur l'accueil des adolescents, public considéré comme plus compliqué à gérer. Néanmoins, un groupe de travail sur cette thématique a été mis en place au sein du service ASE – Accueil regroupant des professionnels du Conseil général et des assistants familiaux afin d'identifier et de lever les freins à l'accueil d'adolescents en famille d'accueil.

Cette réduction de l'offre est problématique au regard des évolutions constatées.
En premier lieu, on a rappelé que le nombre de placements en famille d'accueil augmente en proportion et en valeur absolue entre 2008 et 2009 (alors même que le nombre d'enfants placés baisse sur la même période). Le placement en accueil familial s'inscrit donc dans une dynamique de montée en charge, tandis que l'offre se situe au contraire dans une logique de repli (baisse du nombre de places par assistant familial, pyramide des âges défavorable…)

En second lieu, l'augmentation de l'âge moyen des enfants placés (avec une part significative d'adolescents) implique l'organisation d'une offre susceptible de répondre aux besoins de ce public. La structure de l'offre en accueil familial (polarisée sur l'accueil des enfants) doit donc être réinterrogée.

Les problèmes liés à l'offre se posent en d'autres termes pour les accueillants familiaux. En effet, ce dispositif n'apparaît pas « en tension » à proprement parler, les demandes n'étant pas nécessairement plus nombreuses que la capacité offerte par le Département. Il s'agit plutôt d'un mode d'accueil que les acteurs ne se sont pas nécessairement appropriés.
Une action d'information sur l'accueil familial des personnes âgées et handicapées a été menée auprès des élus du département pour faire connaître l'accueil familial. Ce mode d'accueil reste toutefois très mal connu du grand public et des acteurs du secteur.

La demande existe pourtant, qui demeure insatisfaite en raison de l'éloignement de l'offre, ou encore parce que les personnes âgées intéressées par l'accueil se trouvent dans une dépendance trop lourde pour pouvoir bénéficier de ce type d'accueil.

Le Département souhaite par ailleurs expérimenter un nouveau mode d'accueil familial du public âgé et handicapé s'appuyant sur des établissements médico-sociaux.

C) La nécessité d'approfondir la diversité des formes de l'accueil familial

Un certain nombre de modalités ont été développées au sein du département en ce qui concerne l'accueil familial.

- Les modalités d'accueil des enfants placés chez des assistants familiaux

Le département dispose d'une offre diversifiée avec 31 assistants familiaux habilités pour **l'accueil d'urgence et de courte durée** (période d'accueil courte qui permet aux professionnels d'évaluer la situation de l'enfant) et 42 familles d'accueil **spécialisées dans la prise en charge des relais** (accueil ponctuel et pour une courte durée en relais de l'assistant familial habituel). Le rapport d'activité du service constate la tension du dispositif de relais pendant les vacances scolaires.
Le **dispositif d'accueil d'urgence peut mobiliser des placements en accueil familial.** Ceci permet de disposer d'une alternative au placement au foyer départemental de l'enfance.

Cependant, **l'insertion de l'accueil familial dans un système cohérent de prise en charge constitue une problématique clé :**

- L'offre en accueil relais apparaît sous-dimensionnée

Les évolutions statutaires des assistants familiaux du fait de la loi de 2005 nécessitent un développement de famille d'accueil relais. Avec seulement 42 assistants familiaux spécialisés dans le relais, soit 8% de l'effectif total en 2008, l'offre d'accueil relais demeure insuffisante. Le bilan social 2007 – 2008 des assistants familiaux du Maine-et-Loire précise que « les périodes de vacances scolaires restent très « tendues » ». Ainsi, on peut supposer que les dispositions de la loi de 2005 ne peuvent être complètement appliquées dans le département.

- L'articulation avec les établissements doit être renforcée

Les directeurs de MECS sont demandeurs de disposer de familles d'accueil à proximité et disponibles pour l'accueil de jeunes en crise nécessitant une sortie provisoire de la structure collective. La possibilité de spécialiser certains assistants familiaux dans l'accueil de ce type de public pourra être étudiée.

- Comme pour l'accueil d'urgence en établissement, l'accueil familial d'urgence est insuffisamment fluide

Il apparait en effet que les accueils d'urgence et de courte durée dépassent régulièrement le délai de 4 à 6 mois prévu pour ce type d'accueil (Bilan ASSFAM). Ce qui interroge directement l'efficacité et l'efficience des procédures d'orientations et de placements en accueil familial.

- Le développement de centres d'accueil familial spécialisés

Il existe, au sein du département, **deux Centres d'accueil familial spécialisés** (CAFS) situés à Angers. Le CAFS est agréé pour recevoir une population dont l'âge varie de 0 à 20 ans. Il peut accueillir des sujets présentant des troubles de la conduite et du comportement, une déficience intellectuelle, un syndrome autistique, un poly-handicap. Son agrément est de treize places. Il permet une prise en charge physique de façon souple et individualisée – accueil de jour, de semaine, accueil discontinu ou complémentaire à une prise en charge institutionnelle – et s'adapte en fonction de l'évolution de l'enfant et de sa famille. Le premier compte 28 places pour les enfants présentant des TCC ; le second compte 9 places pour les enfants présentant une déficience motrice et 7 places en faveur des enfants polyhandicapés.

Il existe par ailleurs un service d'accueil familial thérapeutique organisé par le CESAME. Cependant, sur les 22 familles, 1 seule accueille des enfants (3 en 2009). Les familles d'accueil sont recrutées et rémunérées par l'hôpital selon un protocole défini et après agrément d'une commission formée de membres de l'hôpital. Une équipe pluridisciplinaire assure l'écoute, le soin et la résolution des conflits.

- La mise en place d'un accueil temporaire pour les personnes âgées et handicapées

Le dispositif d'accueil familial en faveur du public âgé et handicapé est doté d'un **accueil temporaire**, alors même que de nombreux départements n'en comptent pas en raison du caractère peu attractif, car moins rémunérateur, pour les accueillants. Le département disposait de 4 accueillants temporaires en janvier 2003, et affichait son souhait de développer ce dispositif. Cette orientation a été mise en œuvre. On compte aujourd'hui **17 familles** (7 pour les personnes âgées et 10 pour les personnes handicapées), permettant ainsi d'accueillir une personne pour trois mois consécutifs maximum.

Ainsi, des projets émergent en faveur d'un rapprochement accueillants familiaux / personnes handicapées et âgées / établissement médico-social : à travers, par exemple, la création d'une petite structure d'accueil regroupant deux ou trois familles d'accueil sur le terrain d'un établissement ; ou encore la possibilité de bénéficier du plateau technique des établissements.

Par ailleurs, la nécessité de mettre en place des accueils de répit, ou des actions de balluchonnage (professionnel qui se rend au domicile de la personne afin de soulager la famille) a été réaffirmée.

À l'aune des développements précédents, ainsi que des points évoqués ci-dessus, il apparaît que le développement de l'accueil familial constitue un enjeu important. Face à la complexification des profils, et à l'inadéquation des modes d'accueil collectifs pour certaines personnes, l'accueil familial reste une solution appréciable. Il s'agit de le mettre en lien avec l'ensemble du dispositif médicosocial d'accompagnement, tant l'établissement que le domicile.

Chapitre VI : La diversité de l'accompagnement en établissement

VI. La diversité de l'accompagnement en établissement

Présentation

Si longtemps les schémas n'avaient qu'une vocation programmatrice, s'attachant avant tout à identifier les besoins en équipement à la fois par type de structures et sur le territoire, le département de Maine-et-Loire a su introduire des axes de réflexion qualitatifs dès l'élaboration des premiers schémas médico-sociaux. . Les documents directeurs de troisième génération continuent d'orienter leurs réflexions et leur stratégie vers la qualité de l'accompagnement proposé dans les structures qu'elles relèvent du champ du handicap, de la gérontologie ou de l'aide sociale à l'enfance.

Dans le cadre d'un schéma unique, il est évidemment difficile d'éviter l'écueil de l'inventaire. La structuration d'un dispositif dans sa partie établissement dépend très souvent de l'histoire du département (notamment de sa culture d'accueil de personnes issues d'autres territoires), du type de relations qu'entretiennent les opérateurs et les autorités de tarification (les modes de régulation impactant la richesse des projets), et de la présence d'acteurs porteurs et innovants qui draineront avec eux un ensemble de pratiques qui peuvent être essaimées. La transversalité trouve ses limites quand les spécificités techniques des secteurs ne peuvent être fondues dans un cadre commun sans friser la grossièreté du trait. Plus qu'ailleurs, mais sans exagération, les scansions entre les différents dispositifs seront un peu plus marquées.

Toutefois, quelques principes structurants peuvent constituer les frontières d'un cadre homogène. La diversité de l'accompagnement en établissement s'évaluera alors – et quel que soit le dispositif – à l'aune :

- De la répartition des établissements sur le territoire et au regard des besoins identifiés
- De la capacité des structures à gérer l'urgence de certaines situations
- De la qualité de l'accompagnement (formation et qualification des personnels – mise en place des outils de la loi 2002-2…)
- De la capacité des établissements à accompagner certains publics spécifiques.

In fine, il s'agira de traiter de l'équité territoriale, des évolutions dans la qualité des prises en charge dont le Conseil général peut-être le moteur, et de l'adaptabilité des structures au profil des personnes qu'elles accueillent et accompagnent.

A) Le dispositif d'accueil : cadrage général et répartition territoriale

A retenir

Atouts :

- Un équipement ASE important

- Un taux d'équipement très élevé en IME et en ITEP

- Un effort important en termes de créations et de maillage en places pour adultes handicapés

- Un taux d'équipement EHPAD très élevé

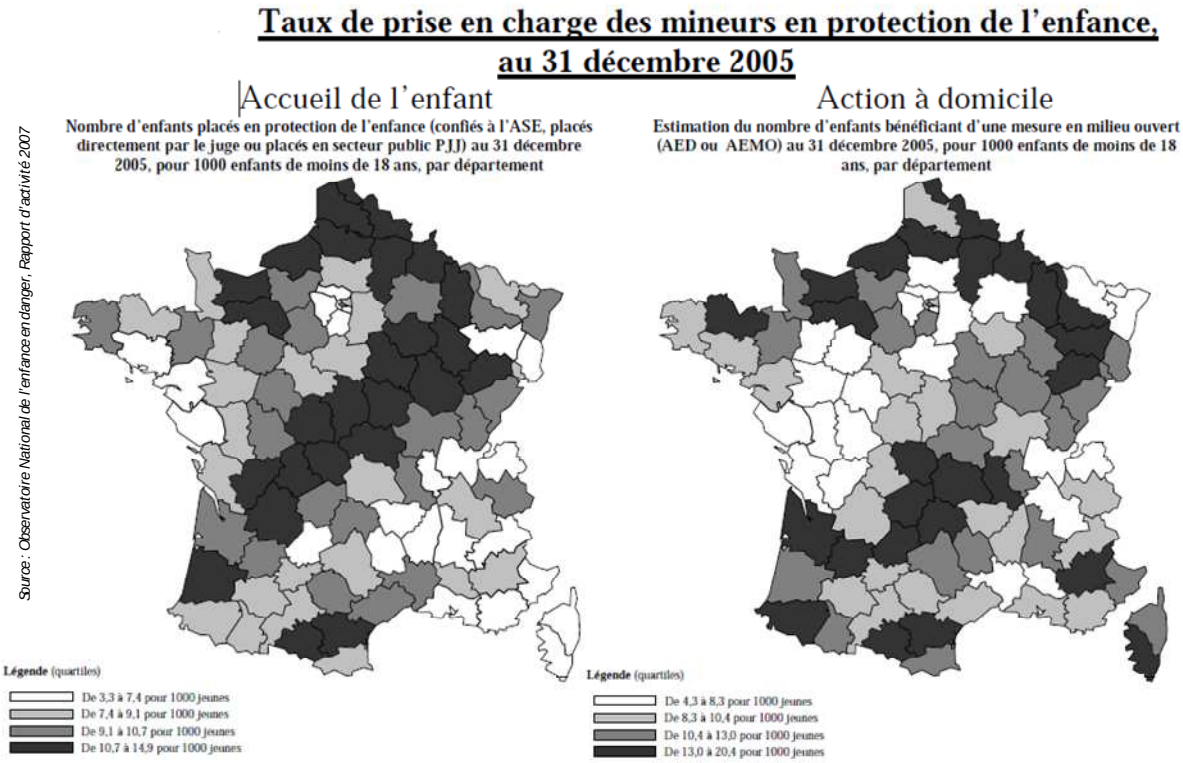
Points d'amélioration :

- Un déséquilibre territorial dans l'implantation des structures pour l'enfance handicapée et les personnes âgées

- Un manque de FAM/MAS

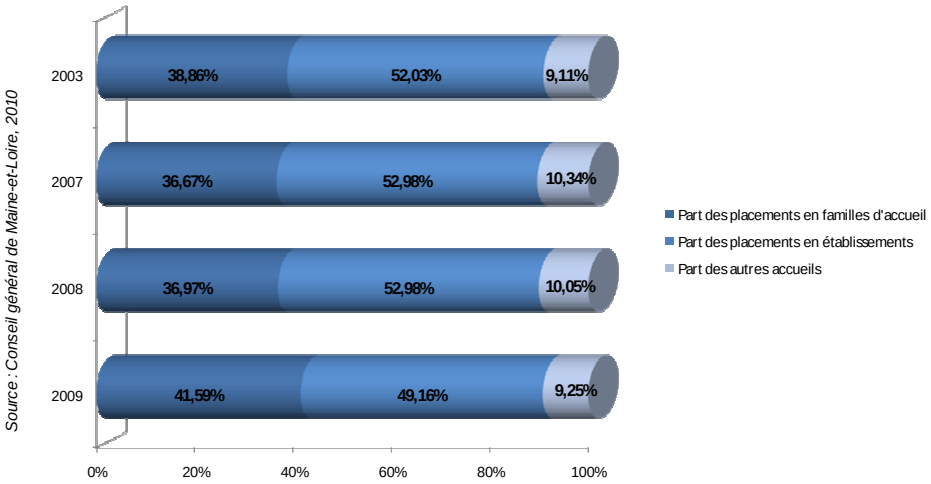
1. La structuration de l'offre pour les enfants confiés au titre de l'ASE

Le département de Maine-et-Loire compte un nombre d'enfants suivis par le dispositif de l'ASE relativement faible. Ainsi, les dernières données disponibles de l'Observatoire de l'enfance en danger situent le département dans la deuxième moitié de la moyenne nationale, avec de 7,4 à 9,1 enfants confiés pour 1 000 jeunes de moins de 18 ans. Ce ratio apparaît encore plus faible en ce qui concerne les enfants bénéficiant d'une action à domicile : 4,3 à 8,3 enfants pour 1 000 de moins de 18 ans, situant le Maine-et-Loire dans les 26 départements disposant de la part d'enfants suivis la moins élevée.

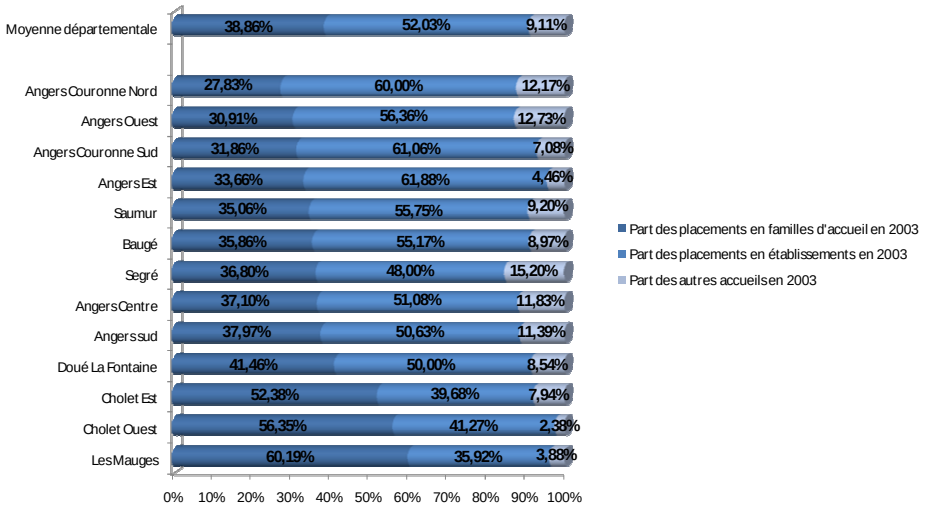

Taux de prise en charge des mineurs en protection de l'enfance, au 31 décembre 2005
Accueil de l'enfant
Nombre d'enfants placés en protection de l'enfance (confiés à l'ASE, placés directement par le juge ou placés en secteur public PJJ) au 31 décembre 2005, pour 1000 enfants de moins de 18 ans, par département
Légende (quartiles)
De 3,3 à 7,4 pour 1000 jeunes
De 7,4 à 9,1 pour 1000 jeunes
De 9,1 à 10,7 pour 1000 jeunes
De 10,7 à 14,9 pour 1000 jeunes
Action à domicile
Estimation du nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure en milieu ouvert (AED ou AEMO) au 31 décembre 2005, pour 1000 enfants de moins de 18 ans, par département
Légende (quartiles)
De 4,3 à 8,3 pour 1000 jeunes
De 8,3 à 10,4 pour 1000 jeunes
De 10,4 à 13,0 pour 1000 jeunes
De 13,0 à 20,4 pour 1000 jeunes
Source : Observatoire National de l'enfance en danger, Rapport d'activité 2007

- **La répartition des accueils : une part des accueils en établissement supérieure à la moyenne régionale, avec néanmoins une montée en charge sur les dernières années des placements en accueil familial**

Le Maine et Loire est atypique au regard des autres départements de la région : c'est en effet le territoire où la part des placements en accueil familial est la plus faible (41,59% contre 58,3% au niveau régional). Ce résultat est à mettre en rapport avec le taux d'équipement en établissement, supérieur aux moyennes régionale et nationale. On constate néanmoins une augmentation des placements en famille d'accueil, dont toutefois la pérennité est incertaine si l'offre en famille d'accueil demeure constante.

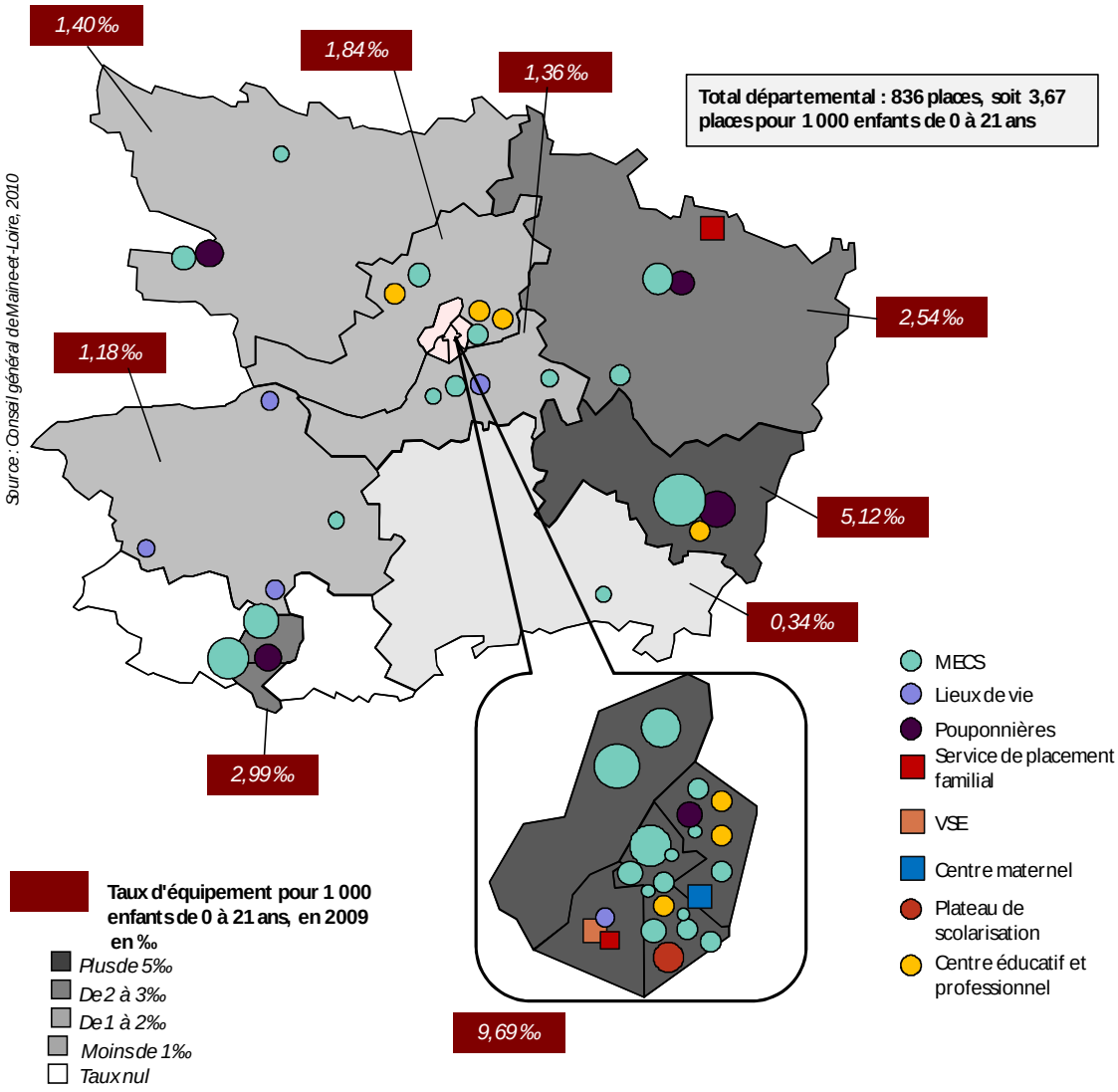


Au niveau infra-départemental, on relève des écarts significatifs selon l'origine géographique des jeunes : plus de 57% des jeunes originaires de Cholet Est sont placés en famille d'accueil, tandis que 68% des jeunes d'Angers Ouest sont accueillis en établissement.



- **Le niveau de l'offre en établissement : des taux d'équipements supérieurs à la moyenne**

Au regard des moyennes régionale et nationale, le Département de Maine et Loire se situe dans une fourchette haute en ce qui concerne les structures en faveur de l'enfance (pouponnière, Lieux de vie, Foyer départemental et MECS). Composée très majoritairement de places en MECS, le Maine-et-Loire, pour ce type de structure, compte **836 places** et dispose d'un taux d'équipement de 3,67 (pour 1000 jeunes de moins de 22 ans) contre 2,59 pour le taux national et 2,13 pour le taux national. Ainsi, le département compte **31** structures de **MECS**, permettant d'offrir une capacité de **469 places,** ainsi que 7 centres éducatifs et professionnels et un plateau de scolarisation, pour un total de 150 places. Par ailleurs, **5 lieux de vie** permettent d'offrir une capacité de 30 places – 53 enfants auront été accueillis dans ce type de structure en 2009. Enfin, les 5 pouponnières comptent 83 places.



- **La distribution territoriale des placements : des écarts significatifs entre circonscriptions.**

La circonscription de Baugé et de Saumur disposent d'un fort taux d'équipement ; ce sont par ailleurs les deux circonscriptions – hors Angers – qui comptent le plus grand nombre de mesures en 2009 : respectivement 436 et 447 (en flux). Par ailleurs, les circonscriptions des Mauges et de Doué la Fontaine, caractérisées par la ruralité de leurs territoires, et qui comptent un taux d'équipement relativement faible en termes d'établissements, disposent d'un grand nombre d'accueillants familiaux (75 pour les Mauges et 62 pour Doué la Fontaine, soit 2,96 et 3,56 places pour 1 000 enfants de moins de 21 ans). Cette répartition est de nature à expliquer les différences entre circonscriptions en ce qui concerne le mode d'accueil : 61% des orientations dans la circonscription des Mauges se font en familles d'accueil, contre 31% pour Angers Ouest.

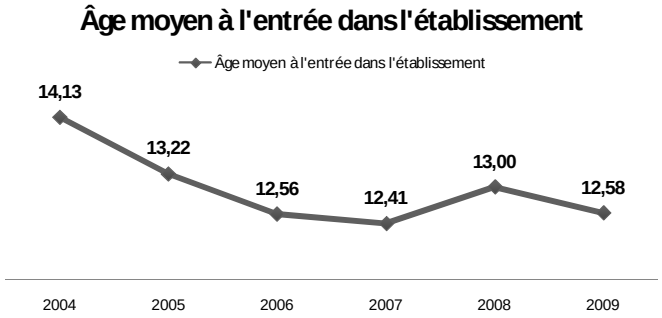
- **L'organisation des accueils : des difficultés récurrentes évoquées par les professionnels rencontrés, générant une insuffisante fluidité des accueils**

On peut souligner le paradoxe apparent entre d'une part les taux d'équipements relativement favorables, et la difficulté évoquée par les acteurs à trouver des réponses d'accueil. Deux facteurs explicatifs peuvent être avancés :

- En premier lieu, l'écart entre la structure et le contenu de l'offre, et le profil et les besoins des jeunes. Ce qui interroge directement l'adéquation entre l'offre et les besoins. Plusieurs catégories de profils ont été mises en avant lors des entretiens, principalement les profils difficiles (« les incasables ») et les **adolescents** (notamment dans le cadre de l'accueil familial).
- En second lieu, les modalités d'organisation des placements. Ressortent des entretiens **l'insuffisante clarification des rôles** quant à la recherche de places disponibles, et le manque de visibilité quant aux places mobilisables. Une rationalisation de la procédure de placement (permettant de repérer rapidement non seulement les places disponibles mais également d'évaluer l'adéquation du type de places disponibles avec le profil du jeune) serait à même d'améliorer l'efficience du système. Un autre enjeu concerne l'insuffisante fluidité, évoquée de manière récurrente par les professionnels, des parcours de placement. Sont principalement concernées les modalités d'accueil d'urgence (les durées d'accueil au sein du FSE, par exemple, sont trop longues) mais également les sorties du dispositif.
- **Le volume de jeunes accueillis : une croissance du nombre de placements inférieure à l'augmentation du nombre de mesures**. Entre 2004 et 2009, le nombre d'enfants placés a augmenté de 8,22%, ce qui est inférieur à l'augmentation du nombre de mesures de placements (10,93%) et au nombre d'enfants suivis (17,89%). L'écart entre le nombre de mesures et le nombre d'enfants placés souligne une croissance du « nombre de mesures par enfant », symptomatique d'un allongement des durées de placements (à travers, notamment, des mesures successives). L'écart est encore plus marqué sur les dernières années : entre 2008 et 2009, le nombre de mesures de placement augmente de 1,53% tandis que le nombre d'enfants placés est en baisse (-1,56%).

- **La durée des accueils : des placements relativement longs**

La durée moyenne de placement dans un établissement du Maine-et-Loire en 2009 est de 23 mois. Près de 31% des accueils (c'est-à-dire un accueil sur trois) concernent des placements de deux ans et plus. Le nombre d'accueil de plus de 4 ans a quasiment doublé entre 2005 et 2009.

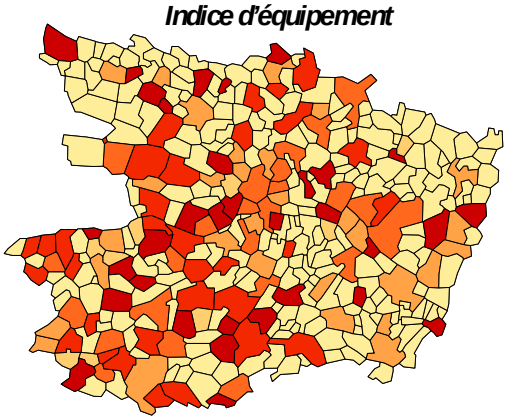


Par ailleurs, le public accueilli est également plus jeune à l'entrée. L'enquête menée auprès des établissements a permis de faire ressortir une nette diminution de l'âge des enfants entrant en établissement de 14 ans à 12, 5 ans entre 2004 et 2009

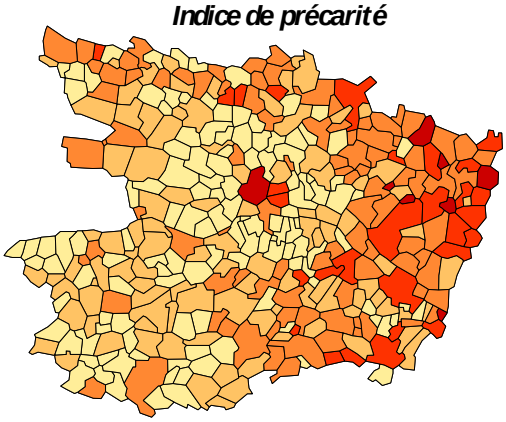
2. La structuration de l'offre en faveur du public âgé et handicapé

Les deux cartes ci-dessous permettent de mettre en corrélation deux indices. L'indice d'équipement, qui additionne l'ensemble des établissements et services présents sur un territoire en termes d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées, permet ainsi de rendre compte de l'offre sur un territoire (les territoires en rouge indiquant ceux qui disposent du taux d'équipement le plus important). L'indice de précarité va adjoindre un certain nombre d'indicateurs socio-économiques (liés au revenu, à la situation familiale, au taux d'activité, et à la précarité du logement) afin de mettre en exergue les territoires cumulant le plus de difficultés. Plus les territoires apparaissent en foncé, plus la précarité du territoire est estimée importante.

Indice d'équipement



Indice de précarité



Un constat peut être immédiatement réalisé. Ainsi, l'Est du département, qui cumule un nombre important de difficultés socio-économiques, est également le territoire le moins doté en termes d'équipement.

1. La répartition des établissements pour enfants en situation de handicap

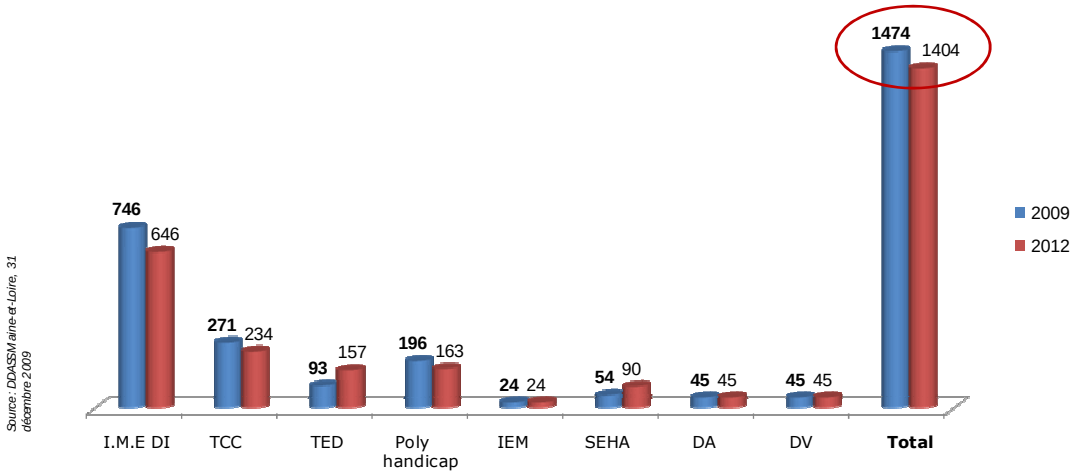
Un taux d'équipement très élevé en IME et en ITEP

Au 31 décembre 2009, le département de Maine-et-Loire compte **1.474 places en établissements** pour enfants en situation de handicap (dont 44 places en CAFS), pour un total de 40 établissements. 51 % de ces places, soit 746, sont consacrés aux enfants déficients intellectuels et troubles associés. Le département apparaît comme **très bien doté en places en établissement pour enfants**. Pour comparaison, le taux d'équipement de Maine-et-Loire est supérieur de plus d'un point et demi avec un taux d'équipement global en établissements de **8 ‰** au 1er janvier 2008, à la fois en ce qui concerne la moyenne régionale (6,41‰) mais également la moyenne nationale (6,73‰).

Ainsi, les créations de places concernent essentiellement les services de type SESSAD, et sont réalisées par redéploiement de places en IME. Le département ne bénéficie en effet pas de création de places, un des objectifs du PRIAC 2009-2013 consistant en un rééquilibrage interdépartemental de l'offre. Par ailleurs, un mouvement s'opère : le département accueille un certain nombre d'enfants qui ne sont pas originaires du Maine-et-Loire mais qui, par défaut de structures, doivent se rendre dans un département limitrophe

avant de trouver une structure d'accompagnement. Une enquête ES en 2006[20] a ainsi indiqué que 18% des enfants accueillis dans des ITEP du Maine-et-Loire proviennent de Loire-Atlantique, 9% en ce qui concerne les IME.

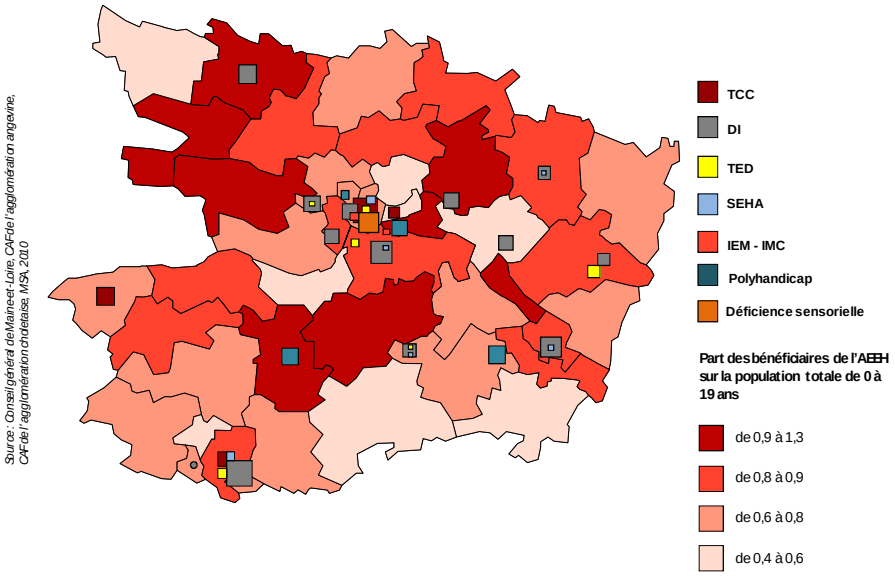
On comptera **1 404 places en 2012**, soit 70 suppressions nettes de places. Le département va ainsi redéployer des places en faveur des établissements pour enfants autistes ou présentant des troubles envahissant du développement (+68% entre 2009 et 2012) et les Section d'éducation pour enfants avec handicaps associés (SEHA) (+67% entre 2009 et 2012).



Une offre territoriale contrastée

On observe néanmoins un **déséquilibre entre les territoires** du département. Il existe dans le Sud du département (Vihiers, Thouarcé), très peu de structures en faveur des enfants en situation de handicap. Le constat est identique dans le Nord (Châteauneuf, Thiercé, Durtal). Les disparités sont plus ou moins accentuées en fonction du type de structures : les ITEP ou établissement pour enfants présentant des TED sont concentrés à Angers ou dans le Sud du territoire. Par ailleurs, la création de places en 2012 va dans le sens d'une diversification des types d'établissements (il en va ainsi pour le Nord-Ouest, qui verra la création d'un Institut SEHA) mais ne permet pas de résorber les inégalités territoriales.

[20] Echo des statistiques, DRESS, 2008


Source : Conseil général de Maine-et-Loire, CAF de l'agglomération angevine, CAF de l'agglomération choletaise, MSA, 2010
TCC
DI
TED
SEHA
IEM - IMC
Polyhandicap
Déficience sensorielle
Part des bénéficiaires de l'AEEH sur la population totale de 0 à 19 ans
de 0,9 à 1,3
de 0,8 à 0,9
de 0,6 à 0,8
de 0,4 à 0,6

Pour l'année scolaire 2008-2009, 274 décisions ont été prononcées en faveur d'une orientation en établissement médico-social pour enfants. 211 enfants ont été admis en établissement, soit 77%. Les difficultés semblent concerner tout particulièrement le bassin de Cholet et Segré, territoires au sein desquels 59% des enfants ont trouvé une place en établissement.

Orientations en ESMS	Nb de décisions favorables	Nb d'admis en établissement	Taux d'admission
Bassin d'Angers	106	91	86%
Bassin de Cholet	65	44	68%
Bassin de Saumur	45	36	80%
Bassin de Segré	29	17	59%
Bassin de Baugé	29	23	79%
Total départemental	**274**	**211**	**77%**

L'ensemble des orientations prononcées par la MDPH sur l'année 2008-2009, qu'il s'agisse d'orientations en scolarisation collective, en SESSAD, ou encore en établissements, s'élève à 818. De ce fait, la **liste d'attente** en ce qui concerne les enfants du département, s'élève à environ **200 enfants et adolescents**. Ce constat va dans le sens de ce qui a pu être souligné dans le cadre d'une étude menée en 2008 [21] : si l'ensemble des enfants accueillis au titre de l'amendement Creton (163 en 2010) pouvaient être hébergés au sein des établissements pour adultes, il n'y aurait plus de listes d'attente au sein des établissements pour enfants.

[21] Échos des statistiques, DRESS, 2008 ; PRIAC 2009-2013

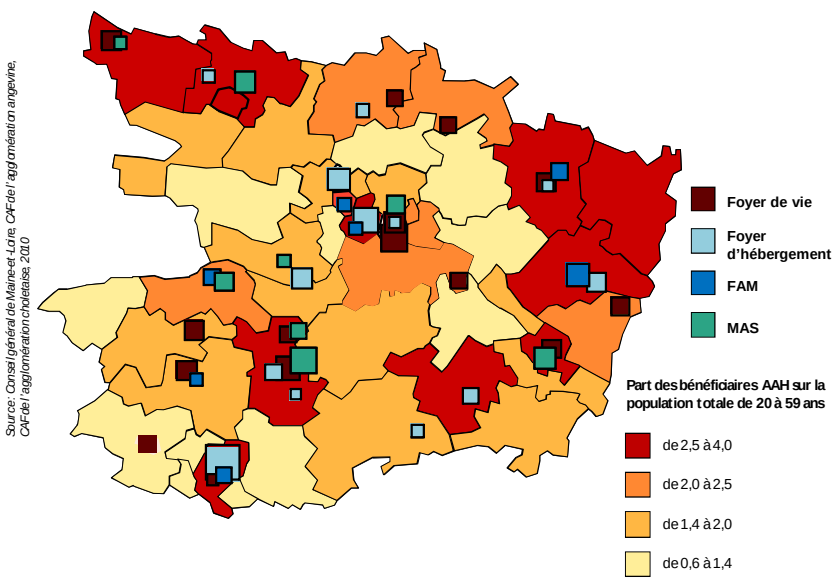
2. La répartition géographique des établissements pour adultes en situation de handicap

Un effort important en termes de création a été réalisé dans le cadre du schéma 2005/2010

328 places ont été créées depuis le 1er mars 2004, portant la capacité totale du Département à **1.381 places** pour 47 établissements[22] au 31 décembre 2009, soit 3,42 places pour 1.000 habitants de 20 à 59 ans. Ce taux d'équipement situe le département de Maine-et-Loire légèrement au-dessus de la moyenne française (3,39 ‰ au 1er janvier 2008).
L'effort le plus sensible a été réalisé pour les MAS et les FAM, établissements dont le manque de places avait été souligné dans le cadre du schéma 2005/2010. Ainsi, on compte aujourd'hui 14 établissements FAM et MAS, soit 443 places (pour une **création nette de 196 places** depuis 2004) permettant de la même manière au département de rattraper son retard (1,1 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, contre 1,03 pour la moyenne nationale). Par ailleurs, 117 places ont été créées en Foyers de vie (pour un total de 553 places sur le territoire au sein de 18 établissements, soit un taux d'équipement de 1,37 contre 1,17 places pour 1.000 habitants de 20 à 59 ans au niveau national). Enfin, le nombre de places en foyers d'hébergement a connu une faible augmentation (+ 15 places) : avec 385 places, soit 0,95 places pour 1.000 habitants, le département se situe en-dessous de la moyenne française (1,19).

Ce mouvement va se poursuivre avec l'ouverture entre 2010 et 2011 de 165 places en FAM et en MAS.

Le département apparaît bien maillé, de manière relativement homogène. Par ailleurs, la localisation des établissements apparaît corrélée avec les besoins du territoire (relativement aux bénéficiaires de l'AAH). Seul l'extrême-est du département présente un manque identifiable de structures.


Source : Conseil général de Maine-et-Loire, CAF de l'agglomération angevine, CAF de l'agglomération choletaise, 2010
Foyer de vie
Foyer d'hébergement
FAM
MAS
Part des bénéficiaires AAH sur la population totale de 20 à 59 ans
de 2,5 à 4,0
de 2,0 à 2,5
de 1,4 à 2,0
de 0,6 à 1,4

[22] Sont comptabilisés ici les établissements de types Foyers d'hébergement, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé (FAM) et Maisons d'accueil spécialisé (MAS)

L'adéquation entre la localisation des Foyers d'hébergement et des ESAT doit être soulignée. Ainsi, les cantons qui comptent un ESAT disposent d'un Foyer d'hébergement à proximité, hormis Pouancé et Saint-Florent-le-vieil. Par ailleurs, un foyer d'hébergement de 25 places va être créé dans la ville de Saumur.

Enfin, deux Unités pour personnes handicapées vieillissantes de 27 places ont été créées.

Des capacités encore insuffisantes au sein du département

Malgré l'effort réalisé depuis 2005, et qui va être poursuivi jusqu'en 2011, le département connaît des difficultés importantes en termes de places et l'ensemble de son équipement n'apparaît pas à même de répondre à la demande. Ainsi, 536 personnes qui ont été orientées en FH, FV, MAS ou FAM n'ont finalement pas été admises en établissements (source : *MDPH, 2010*). Si ce chiffre doit être étudié de façon plus fine (les non admissions pouvant être consécutives à des refus des personnes ou encore des décès, …), il permet de révéler des carences importantes.

Les plus grosses difficultés se situent au niveau des FAM, et des MAS : au 31 décembre 2009, sur les 735 orientations prononcées, 438 personnes ont effectivement pu être accueillies en établissement. Ainsi, 40% de l'ensemble des personnes qui ont obtenu une orientation CDA-PH en ce sens n'ont pas bénéficiées d'un accompagnement.

Orientations en cours en ESMS	Nb de décisions favorables	Nb d'admis en établissement	Taux d'admission
MAS	425	286	67%
FAM	310	152	49%
FV	824	645	78%
FH	425	365	86%
Total	**1984**	**1448**	**73%**

3. La répartition géographique des établissements pour personnes âgées

Un taux d'équipement parmi les plus élevés de France

En mars 2009, avec 196 établissements, équivalent à un total de **12 749 places**, le département de Maine-et-Loire est un des départements les mieux équipés de toute la métropole. Il comptabilise **197 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus**, contre 174 en France métropolitaine.

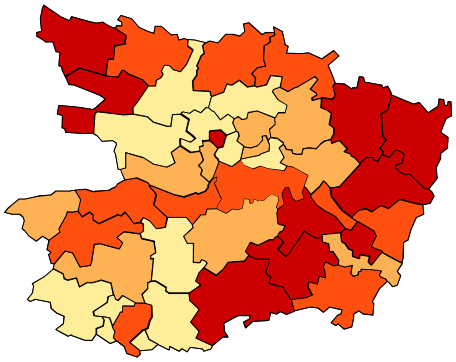
Le département compte un nombre très élevé de structures médicalisées de type EHPAD. Elles représentent 74% de l'offre globale. Si l'on ajoute à cela les USLD, **78% de l'offre départementale est ainsi médicalisée**, contre 67% au niveau régional.

Par ailleurs, le rapport entre le nombre de places en structures médicalisées entre 2007 et 2009 permet d'illustrer le mouvement de médicalisation des structures auquel s'est contraint le département. Il s'est ainsi doté de 6% de places en EHPAD supplémentaires en 2 ans. Ces transformations se sont réalisées par le redéploiement de places en Foyers logement, dont la capacité a diminué dans le même temps de 10%.

Un département très équipé en structures médicalisées, mais inégalement maillé

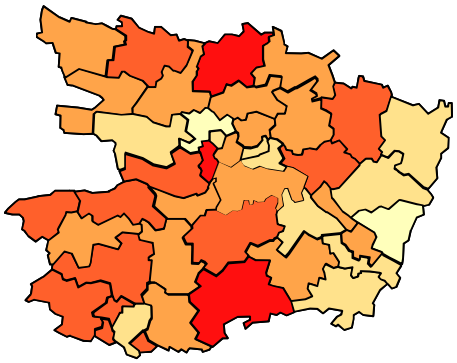
La densité la plus forte sur le territoire concerne les établissements médicalisés : on compte ainsi **131 EHPAD** (maisons de retraite et logements foyers confondus) **pour un total de 9 830 places**, soit un taux d'équipement de **151 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus**, contre 121 au niveau régional et alors même que ce ratio est déjà élevé (2e de France).

Part des plus de 75 ans et plus dans la population totale



Source : INSEE, RGP 2006

Taux d'équipement en EHPAD

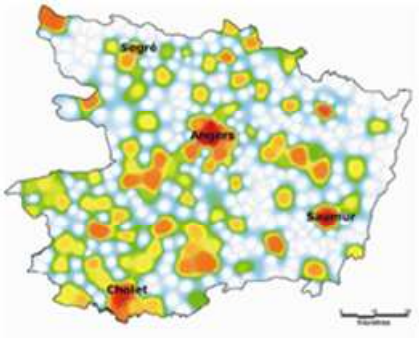


Source : Conseil général, mars 2009

Ce fort taux d'équipement bénéficie surtout au canton de Vihiers, de Châteauneuf-sur Sarthe et de l'agglomération du sud d'Angers, qui disposent d'un taux d'équipement supérieur à 250 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans. Enfin, seul le canton d'Angers Nord ne dispose d'aucune structure EHPAD sur son territoire. Par ailleurs, la carte ci-dessous met l'accent sur le territoire Est du département qui dispose de faibles taux d'équipement (moins de 120 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans) alors même qu'il s'agit du territoire où la part des 75 ans et plus est la plus élevée.

La carte ci-contre permet ainsi de mettre en exergue la moindre accessibilité des EHPAD pour la frange Est du département, ainsi que pour le Sud-Ouest. Une corrélation peut être réalisée avec le fort taux de personnes de 80 ans et plus vivant seules dans ces territoires. S'il peut tout à fait s'agir d'un choix, l'absence de structures à proximité peut également être de nature à freiner la personne et son entourage pour le placement en maison de retraite.

Distance aux capacités d'accueil des EHPAD



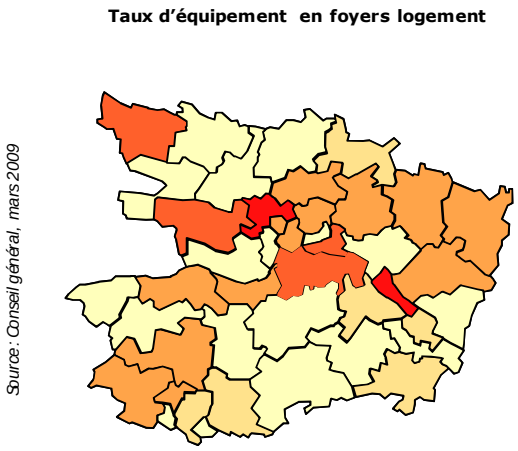
Source : Etude sur les OHV, CG, novembre 2009

À l'aune de ces constats, on peut d'ores et déjà indiquer que si le département de Maine-et-Loire est en termes d'équipement un des départements les plus denses de France, des disparités géographiques importantes peuvent être constatées, avec un taux d'équipement jusqu'à 5 fois supérieur d'un territoire à l'autre.

Ces inégalités territoriales peuvent également être illustrées par l'étude de la couverture territoriale par rapport aux capacités d'accueil des EHPAD. Une offre de proximité en termes de structures médicalisées n'apparaît alors pas garantie sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, le département compte 251 places en Unités de Soins longue durée en avril 2010, contre 488 en 2009.

Une offre de foyers logement restructurée



Le département compte **54 logements-foyers EHPA**, pour une capacité d'hébergement de **2 668 places,** soit 41 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. S'il s'agit d'un taux d'équipement supérieur au reste de la région et de la France, même dans une moindre mesure (1 point de plus), le département connaît une restructuration importante de son offre (avec un passage de 3.013 places à 2.668 places entre 2009 et 2010).

Les territoires les mieux pourvus se situent au niveau du territoire du Baugeois, de l'agglomération angevine et de Pouancé. Cette offre est inexistante dans un grand nombre de territoires du département (Nord-Ouest et Sud du département notamment).

Une corrélation peut-être observée entre les territoires en ce qui concerne la dotation en structures médicalisées et non médicalisées. Ainsi, les territoires disposant d'un fort taux d'équipement en EHPAD sont au contraire peu pourvus en termes de Foyers-logement EHPA. Cette répartition peut ainsi tendre à ce que chaque territoire soit doté d'au moins un type de structure. Ainsi, le canton d'Angers Nord, qui ne dispose pas de places médicalisées, compte deux foyers logements. Il en va de même pour le canton de Baugé et Beaufort-en-vallée, dotés de 2 EHPAD mais disposant de 7 Foyers logements.

À l'inverse, les cantons de Vihiers et Thouarcé ne comptent aucune place en Foyers-logements sur leurs territoires, alors même qu'ils comptent un nombre important de structures médicalisées. Le Segréen est également dans la même situation.

Seul le territoire de Saumur se distingue par un faible équipement en EHPAD et en Foyers logement EHPA.

Les structures de type Foyers logement sont concernés par des enjeux relatifs à leur **devenir**. Un certain nombre de places ont été redéployées en structures médicalisées, passant de 3 334 places en 2007 à 3 013 places en 2009, et à 2 668 places en 2010. En ce qui concerne les 54 sites encore existants, des difficultés peuvent apparaître en termes de remplissage, posant ainsi la question de l'adaptation de ce type de structure aux besoins des personnes âgées. Cependant, d'autres territoires comme Cholet par exemple voient leur

population se tourner vers cette forme de prise en charge, moins coûteuse notamment qu'une place en hébergement de type EHPAD.

Initiatives départementales et locales :

La création en 2004 d'un Pôle intergénérationnel, comportant un EHPAD et un multi-accueil petite enfance, sous formes d'unités de vie (6 unités de 10 personnes, dont une unité pour personnes handicapées vieillissantes) – Mutualité Française Anjou Mayenne

B) L'amélioration des accueils d'urgence

A retenir

Atouts :

- Une alternative au placement en établissement : une offre de familles d'accueil pour l'accueil d'urgence (ASE)

- La présence d'accueil d'urgence pour les personnes en grande difficulté sociale

Points d'amélioration :

- Le dispositif d'accueil d'urgence des plus de 14 ans doit être reconfiguré

- Un délai d'orientation vers un lieu d'accueil pérenne trop long

- Le Foyer départemental doit adapter sa prise en charge aux nouveaux profils des enfants accueillis

- L'absence d'accueil d'urgence spécifique pour le public âgé et handicapé

1. Les accueils d'urgence mis en place dans le Département au titre de la protection de l'enfance

Organisation et pilotage du dispositif

Le département dispose d'un foyer départemental de l'enfance, le « Village Saint-Exupéry » d'une capacité de 107 places pour les enfants âgés de 0 à 14 ans réparties entre 66 places en internat, 20 places en familles d'accueil, 9 places en unité d'accueil familial pour les 0 – 3 ans et 12 places en maisons d'accueil externalisées.

Le nombre d'enfants accueillis est en baisse depuis 2006 : de 199 à 141 enfants en 2008, soit un taux d'occupation de 79,75%, due notamment au service de famille d'accueil pour les 6/14 ans (9 placements en moyenne sur 20 places en 2008). La structure est confrontée à des difficultés de recrutement et aux départs des professionnels.

Les professionnels du Village Saint-Exupéry ont pu constater une hausse importante de placements qui interviennent suite à une rupture de prise en charge antérieure, souvent dans les familles d'accueil, ce qui corrobore la nécessité d'un travail spécifique à réaliser en ce qui concerne les enfants qui ne trouvent pas leur place dans le cadre d'un accompagnement classique.

L'existence de familles d'accueil rattachées au foyer départemental de l'enfance permet une alternative au placement en établissement pour les enfants nécessitant un accueil d'urgence.

En dehors du foyer départemental de l'enfance, on compte en 2008 31 assistants familiaux spécialisés dans l'accueil d'urgence et de courte durée, soit 8% du total des familles d'accueil.

Enfin, la Direction Enfance-famille mène une réflexion avec l'Etat pour la création de places d'internat d'accueil d'urgence et de répit au sein d'établissements, afin de prévenir les situations de rupture tant dans la sphère familiale qu'auprès des institutions accueillant les enfants et les jeunes.

Le foyer départemental de l'enfance n'accueille les enfants que jusqu'à 14 ans. Ceci peut notamment conduire à la séparation de fratrie alors même que le placement en urgence constitue déjà un traumatisme important.

Le dispositif d'accueil d'urgence des plus de 14 ans réparti sur plusieurs MECS pourrait être réétudié dans le cadre du nouveau schéma. En effet, des MECS non habilitées ont déclaré participer également à l'accueil d'urgence. De plus, les partenaires n'apparaissent entièrement satisfaits du dispositif actuel. Ceci est problématique dans la mesure où les placements en urgence (notamment suite à une « rupture de placement ») concernent principalement les adolescents.

Par ailleurs, 55% des enfants présents au foyer départemental de l'enfance au 31 décembre 2008 y sont hébergés depuis 1 an ou plus, à l'instar des autres établissements ASE (alors que la fonction d'un établissement d'accueil d'urgence est précisément d'organiser un accueil provisoire puis des orientations, si besoin, vers des réponses d'accueil plus long).

Plus largement, la durée des accueils d'urgence rejoint la question de la fluidité des placements, qui concerne l'ensemble du dispositif d'accueil.

À l'image des autres établissements du département, le Foyer de l'enfance constate une évolution du public accueilli, de nature à complexifier la réorientation. Ainsi, un certain nombre d'enfants présentent des troubles du comportement importants, avec parfois une orientation MDPH. Cette évolution pose la question de l'adaptation de l'accompagnement, et de la réorientation. Ainsi, les modes d'accueil tels qu'ils sont réalisés actuellement ne peuvent correspondre aux besoins et à l'accompagnement dont nécessiteraient ces enfants. Par ailleurs, ceux-ci sont accueillis durant des périodes longues, la difficulté de trouver un établissement par la suite étant fréquente. Le Village Saint Exupéry a déjà entamé une

réflexion sur les moyens de cette adaptation (formation des professionnels, liens à créer avec les IME et ITEP, mise en place d'activités spécifiques) qu'il convient aujourd'hui de définir à travers un plan d'actions concret.

Enfin, le département a mis en place en 2004 un **dispositif d'accueil immédiat** fondé sur un partenariat entre l'ASE, la PJJ et le CESAME. Ce dispositif était initialement prévu pour l'accueil des situations non connues par le service de la protection de l'enfance, puis a été élargi face à l'augmentation des situations de rupture de jeunes déjà entrés dans le dispositif. L'accueil immédiat a fait l'objet d'un travail approfondi dans le cadre du schéma 2005/2010, et cette expression recouvre aujourd'hui plusieurs réalités :

- L'**accueil en urgence** réalisé pour les jeunes non connus par l'ASE, dans les mois de 24 heures, associant les magistrats
- La **cellule d'évaluation** mise en place en 2005 entre l'ASE, la PJJ et le CESAME
- L'**équipe-ressource**, créée en juin 2007 et composée d'une équipe pluri-professionnelle (éducatrices, psychologues et psychiatres), dans le but de venir en soutien aux professionnels confrontés à une situation de rupture avec un enfant confié de plus de 14 ans. Cette intervention tend à anticiper les ruptures de placement.

Le Conseil général de Maine-et-Loire a ainsi fait le choix de s'appuyer sur les établissements existants afin de mailler le territoire d'accueils d'urgence. Ainsi, pour les plus de 14 ans, cinq établissements disposent de places identifiées pour l'accueil immédiat (à l'établissement de placement éducatif (PJJ), à l'APAECH, à la Pierre Blanche, au foyer Tournemine et à l'Aiglon). Par ailleurs, les familles d'accueil gérées par le Département disposent de places d'accueil d'urgence et d'accueil relais.

Le schéma doit être l'occasion de réfléchir autour du modèle proposé aujourd'hui :

L'alternative principale étant soit la spécialisation d'un établissement sur l'accueil d'urgence (qui imposera une refondation du VSE et un recentrage sur ses missions, ainsi qu'une ouverture à l'accueil des plus de 14 ans) soit l'organisation d'un système diffus, impliquant l'ensemble des établissements et les assistantes familiaux (en réservant par exemple des contingents de places en urgence). Cette deuxième possibilité imposera notamment un accompagnement des équipes et un pilotage structuré du dispositif d'urgence.

2. L'absence d'accueil d'urgence spécifique pour le public âgé et handicapé

« Est dit accueil d'urgence, un accueil temporaire permettant de faire face à une situation ou un événement exigeant une réponse immédiate ou dans des délais très courts dans l'attente d'une solution appropriée »[23].

Le département de Maine-et-Loire ne dispose pas, à l'instar d'un grand nombre de départements, de dispositif d'urgence mis en place à destination des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap. Cet état de fait apparaît dommageable ; l'usager peut en effet se trouver très rapidement démuni si son conjoint ou l'aidant naturel a - par

[23] Rapport concernant « L'accueil temporaire des personnes handicapées », La documentation française, 2003

exemple - une difficulté de santé. Dans ce cas, les personnes âgées et handicapées se retrouvent bien souvent par défaut à l'hôpital. Les difficultés afférentes à la mise en place d'un tel accueil sont relatives aux lourdeurs de gestion du dispositif (coût financier moindre notamment).

Cependant, le Département soutient **l'ouverture d'une place d'accueil d'urgence expérimentale** au sein d'un EHPAD, qui doit être prochainement créé à Champigné. Par ailleurs, les solutions existantes relatives à l'hébergement alternatif (notamment l'accueil séquentiel – de nuit et de jour –, ainsi que l'accueil temporaire) constituent une forme d'accueil d'urgence en faveur des personnes âgées et handicapées du département.

Les personnes qui nécessitent d'être accueillies en urgence peuvent également en faire la demande auprès d'une institution, le directeur pouvant alors prendre la décision d'accueil et en informer par la suite la MDPH. Ainsi, l'accueil temporaire peut avoir vocation à jouer ce rôle. Cependant, un dispositif en tension ne sera pas à même de répondre aux demandes, si urgentes soient-elles.

Dans ce cadre, un travail de réflexion peut être entamé dans le cadre du schéma, sur la mise en place d'un dispositif d'urgence qui soit efficient en faveur de ce public.

3. L'accueil d'urgence des personnes en grande difficulté sociale

Un certain nombre de dispositifs existent au sein du département, relevant d'un pilotage étatique. Au sein du Maine-et-Loire, le Plan départemental Accueil, Hébergement et Insertion de la Direction départementale de cohésion sociale est en cours d'élaboration, pour une adoption prévue courant 2010. Il permet ainsi de coordonner le dispositif d'hébergement au sein du Département, et fait notamment référence au dispositif de veille sociale.

Les dispositifs nationaux tels le 115 et le Samu social (angevin au niveau du département) jouent un rôle essentiel auprès des personnes en grande précarité. Dans ce cadre, un infirmier psychiatrique a été mis à disposition de l'équipe du Samu social dans le cadre du DIASM, et un protocole d'intervention auprès des personnes à la rue est en cours (les problématiques de souffrances psychiques étant prégnantes).

Par ailleurs, le Service d'Accueil et d'Accompagnement Spécifique (SAAS) a été créé en 1995 sur la ville d'Angers. Il s'agit d'un service social spécialisé pour la prise en compte de la grande errance sur l'agglomération angevine, permettant ainsi l'accompagnement et l'orientation des publics qui ne disposent pas d'un lieu d'hébergement stable, ainsi qu'un accompagnement spécifique à destination des jeunes en errance (action permettant un accompagnement individualisé des jeunes de moins de 25 ans par un référent, en partenariat avec la mission locale angevine). Enfin le SAAS réalise un accompagnement en faveur de l'insertion dans le cadre du RSA.

Les territoires de Cholet et Saumur disposent également de dispositifs d'aides. Ainsi, si le Samu social n'intervient qu'à Angers, une veille est réalisée respectivement par la police municipale et la croix rouge. Des permanences sont également réalisées, à travers le Centre

d’Accueil et d’Orientation de Saumur, et une permanence est assurée par l’Association Les Cordelier.

Ces trois dispositifs sont gérés par l’Abri de la Providence, association conventionnée par le Conseil général.

Un accueil de jour est géré par le CCAS de la Ville d’Angers, le Point d’Accueil Santé Solidarité (PASS), permettant d’offrir des prestations de base. Celui-ci connaît une demande en constante évolution, et a connu une fermeture en Mars 2010 : face à l’afflux de personnes le dispositif n’était plus à même de répondre aux demandes.

On compte également des places d’urgence en Centre d’hébergement : 41 places en Centre d’hébergement et de réinsertion sociale d’urgence en 2010, ainsi que 10 places en dispositif d’hébergement d’urgence. Par ailleurs, 326 places sont réservées aux demandeurs d’asile, pour la plupart dans des appartements en cohabitation (avec 80% des places à Angers). Environ 10 à 20 places d’hôtels peuvent également être mobilisées si le dispositif n’est plus à même de répondre aux besoins.

Enfin, le Conseil général gère le financement du secours d’urgence à caractère alimentaire.

C) La réalisation de l'accompagnement

A retenir

Atouts :

- Un assouplissement des prises en charge dans le secteur de l'enfance handicapée

- Une appropriation relativement homogène des outils de la loi 2002-2

Points d'amélioration :

- Assurer l'effectivité du PPE

- La structure de l'offre (ASE) doit être interrogée au regard de l'âge des jeunes accueillis

1. Les structures pour enfants pris en charge au titre de l'ASE

Organisation et pilotage du dispositif

La direction Enfance – Famille pilote le dispositif départemental d'accueil en établissement. L'unité accueil territorialisée en établissement assure le suivi et le contrôle des établissements du Maine-et-Loire. Les MECS **transmettent de façon hebdomadaire leurs disponibilités** à la direction enfance famille afin de faciliter l'orientation des enfants confiés vers les établissements

Le **Projet Pour l'Enfant** (loi du 5 mars 2005) doit être perçu comme un véritable **outil de coordination entre les services**, notamment entre l'ASE et la justice. Cet outil permet ainsi une meilleure cohérence des parcours, en évitant les « périodes tampon », étapes de transition pendant lesquelles les jeunes sont dans une posture d'attente de construction de projet de prise en charge. Le département a travaillé de manière partenariale sur la formalisation du PPE, mais ce projet n'apparaît pas encore effectif.

Dans le cas d'une saisine du pouvoir judiciaire, les partenaires constatent une réticence des services sociaux à recevoir une situation en Accueil Provisoire.

Le schéma 2005/2010 a permis de travailler **la mise en place de modalités d'accueil innovantes**.

Tout d'abord, un travail a été réalisé sur la clarification terminologique des expressions usitées. Plusieurs dispositifs peuvent en effet être mis en œuvre, permettant une diversification des modalités d'accompagnement :

- **L'accueil séquentiel** tout d'abord, a fait l'objet d'une clarification terminologique.

Il s'agit de la mise en place d'un accompagnement entre un acteur (de type établissement) et le domicile des parents. Le placement à domicile s'inscrit dans ce cadre. Une réflexion importante s'est mise en œuvre suite au schéma (notamment avec les partenaires de la Justice), mais n'a pas pour le moment donné lieu à un cadrage ni à un pilotage global. Les expériences ont en effet été réalisées par les MECS, sur des accompagnements ponctuels au cas par cas.

Cette question est par ailleurs étroitement liée à celle du maintien du lien parent-enfant pendant le placement.

L'accueil de jour par ailleurs est réalisé dans le cadre du DESPA.

Le DESPA peut accueillir au total 120 jeunes de 6 à 21 ans répartis en 70 places d'internat, 40 places sur le service extérieur et 50 places en accueil de jour.

Un dialogue engagé entre le DESPA et le conseil général a permis de tenir compte de la composition des groupes de vie des maisons dans l'étude d'une nouvelle demande d'admission afin de permettre à l'établissement et aux éducateurs de pouvoir travailler avec des groupes mixtes. Ainsi en 2008, sur 98 demandes d'admission 48 jeunes ont finalement intégré le DESPA avec une tranche d'âge majoritaire de 13 à 16 ans.

Le DESPA a mis en place des « lieux d'accueil relais occasionnels » permettant des séjours de rupture d'une durée moyenne d'une dizaine de jours.

Le projet d'établissement du DESPA se fonde sur la « mixité », mixité du profil des publics accueillis, de leur âge, de leurs problématiques. Le DESPA s'est engagé dans une politique volontariste d'accueil de jeunes au problématiques complexes (sociale, psychologique, psychiatrique, scolaire, sécuritaire).

- Le développement des relais de prises en charge constitue également un gage de souplesse qui a été travaillé dans le cadre du schéma

La réflexion a été engagée à travers une triple approche :

- Le développement de relais dans le but de mettre en place des passerelles entre les différents modes d'accueil. Dans ce cadre, des familles d'accueil assurent sur le département un relais pour les enfants entre deux placements en établissements (entre le départ et l'admission).
- Le soutien de la création de lieux de vie permettant d'accueillir des enfants ou des adolescents lors de leurs temps de rupture ou pour des accueils de plus long terme. Un cahier des charges a vocation à être élaboré afin de créer les deux types de lieux.
- La mise en place d'un parcours individualisé à travers des relais facilités.

Le Conseil général souhaite développer le parrainage, à travers la mise en place d'un cahier des charges.

- Un dispositif de **prise en charge partagée** a été créé.

Le protocole d'accueil partagé est aujourd'hui défini. Expérimenté à l'origine dans le cadre exclusif de l'accueil immédiat, il est aujourd'hui mobilisable pour l'ensemble des situations, et concerne les jeunes qui sont pris en charge par plusieurs lieux d'accueil ou de services (prise en charge sociale et médico-sociale et sanitaire). Le précédent schéma définissait ainsi cette notion comme faisant « référence à un projet commun, construit entre les parents et des professionnels des différents services ». Une convention personnalisée d'accueil partagé est ainsi écrite et signée par les acteurs qui souhaitent mettre en place ce type d'accueil. Il s'agit ici pour le département de s'appuyer sur les dispositifs existants, qui apparaissent nombreux, et de les mettre en lien.

Cependant, il apparaît nécessaire de communiquer autour de cet outil qui reste aujourd'hui utilisé à la marge, afin de favoriser une appropriation par l'ensemble des acteurs.

La loi du 5 mars 2007, dans une logique de diversification des prises en charge, a mis en exergue l'accueil de jour qui doit constituer un des éléments de l'offre à l'attention des jeunes. Cette disposition de la loi est effective dans le Maine et Loire, à travers l'offre du DESPA, disposant de 50 places dédiées à ce type d'accueil, afin d'accompagner des jeunes ne pouvant être intégrés dans le circuit scolaire habituel (nécessité de soins, déscolarisation…) vers la formation scolaire et professionnel. Pour cet accueil de jour, le DESPA dispose d'un poste de l'éducation nationale qui lui a été détaché. Cet accueil de jour se fait dans une majorité des cas autour de situations nécessitant une prise en charge partagée avec d'autres institutions (médico-sociales ou sanitaire)

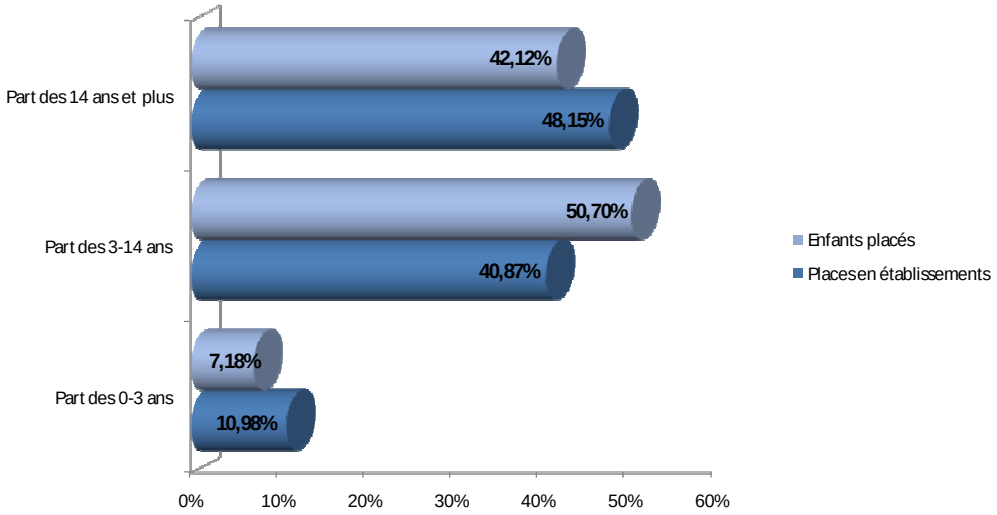
Par ailleurs, le Village Saint Exupéry a mis en place en partenariat avec l'Éducation Nationale un accueil de jour pour les enfants qui ne peuvent pas être scolarisés à temps plein. Trois places permettent ainsi à des enfants de 3 à 12 ans d'être accueillis (ils ne relèvent pas du foyer de l'enfance).

Enfin, le dispositif de la PJJ met également en œuvre ce type d'accueil, à travers un centre de jour PJJ accueil 15 adolescents dans le cadre de 2 ateliers et une mesure d'activité pénale de jour.

Aujourd'hui, la structure de l'offre doit être interrogée au regard de l'âge des jeunes accueillis

En effet, l'analyse de l'offre (nombre de places) et des classes d'âges accueillis (nombre d'enfants placés) met en évidence

- un « déficit » pour les 3-14 ans : les places pour cette catégorie représentent 40,87 % du total, tandis que les enfants de 3-14 ans placés comptent pour 50,70% du total
- un « excédent » pour les adolescents et dans une moindre mesure pour les jeunes enfants. Les places à l'attention des plus de 14 ans représentent 48,15% du total, les adolescents 42,12% des jeunes placés. L'écart est plus limité concernant les 0-3 ans (10,98% des places ; 7,18% des placements)

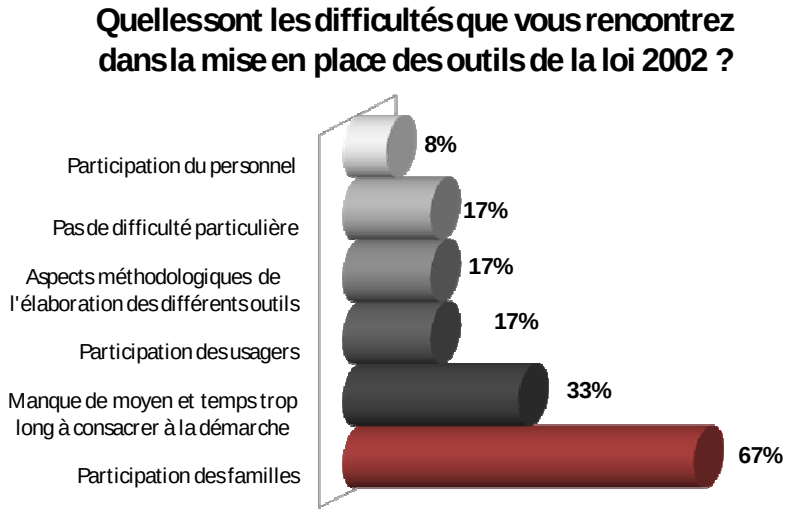


- La mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 dans les établissements demeure partielle, notamment sur le volet implication/information des usagers

La loi du 2 janvier 2002 vise à améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge dans les établissements sociaux et médico-sociaux, et pour ce faire préconise l'élaboration d'outils et de procédures spécifiques. Deux principaux volets sont mis en exergue :

- L'organisation, le pilotage, et l'évaluation des structures (projets d'établissement, évaluation interne/externe…)
- L'information et l'implication des usagers (livret d'accueil, contrat de séjour, Conseil de la Vie Sociale …)

Les questionnaires envoyés aux établissements du département laissent apparaître que ces établissements ont mis en œuvre les outils et procédures concernant le premier volet (organisation/pilotage/évaluation). Ainsi 83% des établissements ont élaboré un projet d'établissement ; la même proportion a défini un projet éducatif. En revanche (c'est le cas de la plupart des départements) la dimension information/implication des usagers est plus difficile à concrétiser. 83% des établissements disposent d'un règlement intérieur ; 91% d'un contrat de séjour (dans la grande majorité des cas, articulé avec le projet pour l'enfant). En revanche seulement 33% des répondants affirment avoir discuté du contenu de ce contrat de séjour avec la famille. Et dans seulement 25% des cas, l'élaboration du règlement intérieur a associé les usagers.


Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en place des outils de la loi 2002 ?
Participation du personnel
8%
Pas de difficulté particulière
17%
Aspects méthodologiques de l'élaboration des différents outils
17%
Participation des usagers
17%
Manque de moyen et temps trop long à consacrer à la démarche
33%
Participation des familles
67%

Concernant les difficultés rencontrées par les établissements, la participation des familles est le premier item cité (67% des réponses).

L'implication des usagers est difficile ; il s'agit néanmoins d'un enjeu central pour les établissements, qui ramène à la question du travail du lien parent-enfant.

L'implication des usagers mais surtout des familles dans les établissements constitue un objet prioritaire. De manière générale, **la sortie de dispositif pose le problème du logement**.

Des solutions d'accueil sont envisageables en F.J.T. dans le cas où les jeunes disposent de ressources suffisantes. Ces lieux offrent, sur présentation d'un projet professionnel en cours de réalisation, des loyers modérés. D'autre part, tous les enfants sortant du dispositif de protection ne disposent pas des capacités d'autonomie financière nécessaires pour vivre en FJT.

2. L'accueil au sein des établissements pour personnes en situation de handicap

A. Une évolution vers un nécessaire assouplissement des prises en charge en établissement

- Une démarche d'assouplissement en cours au sein des structures pour enfants

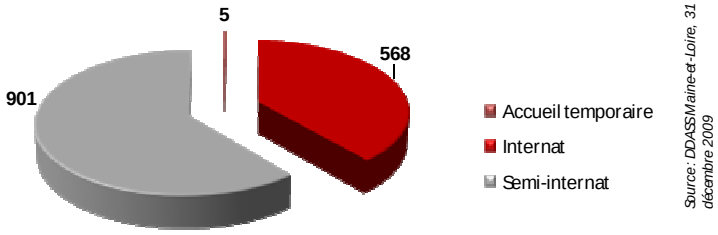
Depuis quelques années, la tendance est à **l'assouplissement des prises en charge** : l'ouverture des plateaux techniques vers le domicile, l'internat aménagé sont autant de nouvelles modalités de prise en charge pensées comme mieux adaptées aux besoins des enfants et que les établissements tentent, dans la mesure du possible, de concrétiser. Toutefois, beaucoup regrettent la lenteur de cette évolution et le repli sur soi de certaines structures.

Les orientations de la loi de 2005 entraînent une modification substantielle de la prise en charge des enfants, favorisant l'intégration dans le milieu ordinaire, donc au domicile, au détriment des IME. Cela implique deux évolutions principales :

- Les établissements accueillant des enfants aux déficiences légères devront développer leurs possibilités de semi internat d'une part, d'accompagnement à domicile d'autre part.

- La prise en charge de certains IME devra désormais répondre aux besoins des enfants les plus lourdement handicapés en prévoyant les formations et transformations nécessaires.

Au-delà de la loi de 2005, la diversification implique une certaine souplesse dans l'offre d'accueil des structures. Cette souplesse permet non seulement des temps de répit aux parents, mais aussi un mode de prise en charge adapté aux évolutions des besoins de l'enfant et favorisant l'implication des familles. L'accueil temporaire et l'accueil séquentiel constituent ainsi des modalités alternatives de prise en charge de plus en plus demandées, et qui, de l'avis des acteurs, répondent de manière bien adaptée aux besoins des enfants. La **diversification de l'offre doit être travaillée dans le cadre du schéma**, à travers le développement de séjours de rupture, ou de places d'accueil temporaires, formes encore très peu développées sur le département.



Source: DDASS Maine-et-Loire, 31 décembre 2009

Les établissements du département ont été impactés par ces évolutions et comptent aujourd'hui un grand nombre de places en semi-internat (901 places en semi-internat, soit 61% de l'ensemble de l'offre).

Par ailleurs, les IME du Département sont de plus en plus nombreux à développer les possibilités d'un internat à temps partiel, au sein duquel l'enfant peut être interne une, deux ou trois nuits par semaine. En effet, les choix des parents se situent de moins en moins en faveur d'un internat à temps complet, mais plutôt d'un mode « à la carte ». Cependant, cette évolution peut être de nature à engendrer des difficultés : la suppression des internats à temps complets en IME et en ITEP peut être de nature à entraîner un basculement vers une prise en charge en MECS.

Enfin, les trois Centres d'accueil familial spécialisés du département permettent de diversifier les possibilités d'accompagnement (le dernier centre ayant ouvert à Saumur, pour une capacité de 7 places).

- Un développement de l'accueil séquentiel insuffisant au sein des structures pour adultes

Si l'accueil alternatif a été travaillé dans le cadre du schéma, et a abouti à la création de places en hébergement temporaire, accueils de jour (à travers les Centres d'accueil de jour)

et accueils de nuit (respectivement 48 et 149 places), la logique de diversification doit aujourd'hui prendre une toute autre ampleur. Elle doit consister à proposer des solutions innovantes permettant de répondre aux nécessités d'adaptation de l'offre de services aux évolutions des pathologies de la personne, tout en respectant son projet de vie, ainsi qu'aux évolutions de la loi de 2005. Dans cette perspective, il est nécessaire d'**engager une réflexion dans le cadre du schéma sur le développement de l'accueil innovant** (tels que la constitution de petits pavillons ou appartements collectifs, permettraient une solution d'hébergement entre le foyer de vie / foyer d'hébergement traditionnel et le SAVS/ SAMSAH. Les personnes pourraient bénéficier d'une certaine autonomie tout en étant accompagnées au gré de leurs besoins).

B. La complexification des profils des enfants accueillis au sein des établissements, nécessitant une réflexion sur l'adaptation de l'accompagnement

Le développement des troubles psychiques est une problématique qui a déjà été évoquée à plusieurs reprises, et qui traverse le champ de l'enfance handicapée.

Ainsi, les professionnels des IME font part de leurs difficultés face à l'évolution du public qu'ils accompagnent. D'une part, la tendance générale à maintenir les enfants en milieu ordinaire avec une prise en charge ambulatoire produit une concentration des déficiences les plus lourdes en institution, dès lors que les enfants déficients légers sont orientés en milieu ouvert. D'autre part, les troubles envahissants du développement et les troubles autistiques sont en augmentation et la diminution des prises en charge sanitaires conduit à un transfert vers le médico-social des enfants avec troubles psychiques. L'étude régionale sur le devenir des IME des Pays de la Loire réalisé par le CREAI en 2007 met ainsi en exergue la part importante d'enfants et adolescents déficients intellectuels et présentant des troubles psychiques et de la conduite et du comportement. Ainsi, l'ensemble des I.M.E DI du département ont évolué afin d'être en capacité d'accueillir aujourd'hui les enfants qui présentent des troubles associés.

On constate également une augmentation du nombre de familles précarisées, pour lesquelles les difficultés sociales viennent s'ajouter aux difficultés de leurs enfants et parfois aggraver sa déficience ou ses troubles. Ces évolutions tendent à obérer les orientations à la sortie de l'IME, dans la mesure où moins de jeunes qu'auparavant sont capables de travailler en ESAT sans toutefois relever de structures lourdes comme la MAS ou le Foyer de vie. On peut noter à ce niveau un manque de structure ou de modalités d'accueil intermédiaire (mi-temps notamment).

Aujourd'hui les IME se trouvent donc face à une situation nouvelle qui doit les amener à se restructurer autour d'un double objectif : objectif de complémentarité avec l'école, qui se construira en facilitant les passerelles avec l'éducation nationale ; et objectif de prise en charge adaptée des déficiences les plus lourdes, notamment en remobilisant des équipes en place depuis plusieurs années ou en proposant des aménagements dans le temps des prises en charge (semi-internat). Cette évolution pourrait nécessiter une révision des agréments.

Par ailleurs, la loi de 2005 a induit un mouvement d'entrée plus tardive en établissements. Ainsi, les enfants vont entrer en IME plutôt vers 11 ans, ou même à partir de 16 ans,

lorsqu'ils ne peuvent plus demeurer dans le cadre classique de la scolarité. Le département se trouve donc confronté à des difficultés au niveau des Sections d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP).

Sur les 85 orientations prononcées au 31 décembre 2009, 19 enfants n'ont pu être accueillis en I.M.Pro, soit 22% (avec des difficultés qui se situent hors de l'agglomération d'Angers).

Orientations en SIPFP	Nb de décisions favorables	Nb d'admis en établissement	Taux d'admission
Bassin d'Angers	30	27	90%
Bassin de Cholet	12	8	67%
Bassin de Saumur	19	17	89%
Bassin de Segré	11	4	36%
Bassin de Baugé	13	10	77%
Total départemental	85	66	**78%**

Par ailleurs, si le département de Maine-et-Loire fait office d'exception avec un taux d'équipement en ITEP de près du double de la moyenne régionale (271 places réparties en 5 établissements, soit 1,32 pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, contre 0,68 ‰) et largement supérieur à la moyenne française (0,96 ‰), et une répartition territoriale relativement homogène (avec la future délocalisation de 15 places d'ITEP à Saumur), il fait aussi face à des demandes importantes qui ne peuvent être toutes satisfaites.

Orientations en ITEP	Nb de décisions favorables	Nb d'admis en établissement	Taux d'admission
Bassin d'Angers	33	26	79%
Bassin de Cholet	28	17	61%
Bassin de Saumur	12	7	58%
Bassin de Segré	5	2	40%
Bassin de Baugé	3	2	67%
Total départemental	81	54	**67%**

Ainsi, sur les 81 orientations prononcées au 31 décembre 2009, 27 n'ont pas pu être remplies. Seuls 67% des enfants ont effectivement été admis en établissements ou services.

C. Regard sur les handicaps : une prise en charge hétérogène

La déficience motrice

Le précédent schéma avait mis en exergue l'insuffisance de solutions d'accueil pour les personnes handicapées motrices, situant le département en-dessous de la moyenne régionale et nationale. On comptait 2 sections (IME et IEM) totalisant 45 places en 2002, ainsi que 55 places en SESSAD. L'offre s'est diversifiée mais le nombre de places reste globalement identique : en 2009, on compte un IEM de 15 places ainsi qu'un CAFS de 9 places et 2 SESSAD totalisant 75 places. Par ailleurs, un IEM de 50 places accompagne des enfants polyhandicapés et handicapés moteurs. L'ensemble des établissements est situé à Angers et son agglomération, tandis que les SESSAD couvrent l'ensemble du département. Un SAVS (accompagnement de 50 personnes) et un ESAT permettent d'accompagner les

adultes présentant une déficience motrice. Le département semble donc compter un nombre peu élevé de places, qu'il s'agisse des enfants ou des adultes.

Le polyhandicap

Le polyhandicap, éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles, nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensorimoteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale. Les solutions d'accueil apparaissent satisfaisantes sur le territoire, avec 189 places en établissements (maillant les trois agglomérations du territoire), 7 places en CAFS et 30 places en SESSAD, situant l'offre départementale au-dessus de la moyenne nationale.

Les déficiences sensorielles

Le département apparaît fortement doté en termes d'établissements pour enfants et adultes déficients sensoriels. Deux centres accompagnent les personnes au sein du département : l'Institut Montéclair (déficience visuelle) et le centre Charlotte Blouin (déficience auditive), qui constituent les seuls établissements de la région avec l'Institut d'Éducation Sensorielle en Loire-Atlantique. Les deux centres, gérés par la Mutualité Anjou Mayenne, ont développé une offre complète en faveur des enfants de 0 à 20 ans (tant dans l'accompagnement en établissement que le soutien à domicile), ainsi que des adultes (accompagnement dans la vie professionnelle en milieu ordinaire en ce qui concerne l'Institut Montéclair et dans la vie sociale pour le Centre Blouin). Par ailleurs, le **Centre régional basse vision**, est intégré à Montéclair.

Ces deux établissements constituent des pôles ressources permettant d'offrir un accompagnement global à la personne, de l'évaluation/information jusqu'à l'accompagnement.

Par ailleurs, le département développe un grand nombre de **Sections pour Enfants avec Handicaps Associés**, sections permettant d'accompagner des enfants de 3 à 12 ans présentant une déficience auditive, avec handicap(s) associé(s). On compte 54 places au 31 décembre 2009, pour un développement à 90 places en 2012.

3. L'accompagnement au sein des structures pour personnes âgées

Du fait de sa très bonne dotation, le département de Maine-et-Loire n'a pas bénéficié de création de places depuis quelques années déjà. Le niveau important de l'offre lui a ainsi permis de s'inscrire en amont des évolutions réalisées aujourd'hui à l'échelle nationale, en termes de spécialisation et de médicalisation des structures, nécessaires pour répondre aux nouveaux enjeux de Santé publique.

En effet, on observe au niveau national un double mouvement : à la fois celui d'une entrée de plus en plus tardive au sein des structures (avec une entrée en structure 5 ans plus tard qu'il y a 10 ans), sous l'effet d'une volonté de demeurer le plus tard possible au domicile. De ce fait, les personnes sont plus lourdement dépendantes lors de leur entrée en structures, impliquant un nécessaire mouvement de **médicalisation**. Ainsi, le GMP moyen des établissements s'évalue à 575 en 2009, soit une évolution de + 17% depuis 2003.

Par ailleurs, la problématique des personnes présentant des troubles Alzheimer est de plus en plus sensible et impacte durablement les besoins en termes de structures existantes : il est apparu nécessaire de **spécialiser** l'offre au sein du territoire. Le département a su pleinement s'emparer de ces évolutions, avec une forte médicalisation et une spécialisation des établissements, à travers le redéploiement de places de Foyers logements de type EHPA en EHPAD, et la création d'UPAD et de places d'hébergement temporaire pour personnes désorientées (+ 39% de places d'UPAD en 2 ans et + 53% de places en hébergement temporaire).

Par ailleurs, la signature des **conventions tripartites** entre les EHPAD, le Conseil général et la DDAS a permis l'inscription d'une exigence de qualité.

Les questionnaires envoyés aux structures laissent apparaître une bonne appropriation des outils de la loi de 2002-2 : une très forte majorité des EHPAD ayant répondu à l'enquête disposent de l'ensemble des outils, projet institutionnel (71%), contrat de séjour (100%), livret d'accueil (84%) et règlement intérieur (92%). Par ailleurs, la participation des équipes et des usagers à **l'élaboration des outils structurant la vie de l'établissement (outils de la loi 2002-2)** est le plus souvent assurée. La voix des résidents est entendue à travers le Conseil de la vie sociale (mis en place dans 97% des structures répondantes) où ils sont représentés mais également au sien d'autres instances et au travers d'enquêtes de satisfaction.

La qualité des EHPAD fait également écho à leur capacité à s'imposer comme un véritable « lieu de vie ». Dans cette optique, une des orientations du précédent schéma 2003-2007 visait à **limiter la taille des établissements**, dont 15% disposaient d'une taille supérieure à 80 places. Des améliorations peuvent être apportées à ce niveau, puisque actuellement 26% des EHPAD ont une taille supérieure à 80 places. Par ailleurs, les questionnaires envoyés indiquent que les espaces de vie sont en grande majorité aménagés afin de respecter l'intimité des résidents : 96 % des chambres sont individuelles, et 89 % des établissements prévoient un espace où les résidents peuvent recevoir leur famille. 57 % des établissements ont connu une restructuration depuis leur création. Plus de 7 EHPAD répondants sur 10 ont procédé à des travaux d'amélioration des chambres, portant surtout sur l'amélioration du confort et de la sécurité de celles-ci. L'ensemble des bâtiments principaux et des chambres sont accessibles aux personnes à mobilité réduite ou en fauteuil roulant, à l'exception d'un établissement qui déclare l'existence de 3 chambres non accessibles, et d'un autre dont le bâtiment principal n'est pas complètement accessible. Les EHPAD envisagent principalement des travaux devant améliorer le confort, donc la qualité de l'accueil. La sécurité et l'amélioration de l'accessibilité constituent les priorités suivantes.

Par ailleurs, deux mouvements ont incité les établissements à s'engager dans la voie de la **professionnalisation** de leur personnel : la dépendance de plus en plus importante de leurs résidents et les conventions tripartites. Dans le cadre des questionnaires, 100 % des EHPAD ayant répondu à l'enquête déclarent disposer d'un plan de formation continue pour leur personnel. Dans ce cadre, des actions de formation ont été menées auprès du personnel de la plupart des EHPAD : au moins 80% d'entre eux ont mis en place des actions de formation sur 4 thématiques centrales dans la qualité de la prise en charge (prévention de la maltraitance, prise en charge de la douleur, accueil de la personne en fin de vie et formation sur la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés). Les formations concernant les droits des

usagers (information, confidentialité) sont cependant moins répandues (un tiers des répondants n'en a pas mis en place).

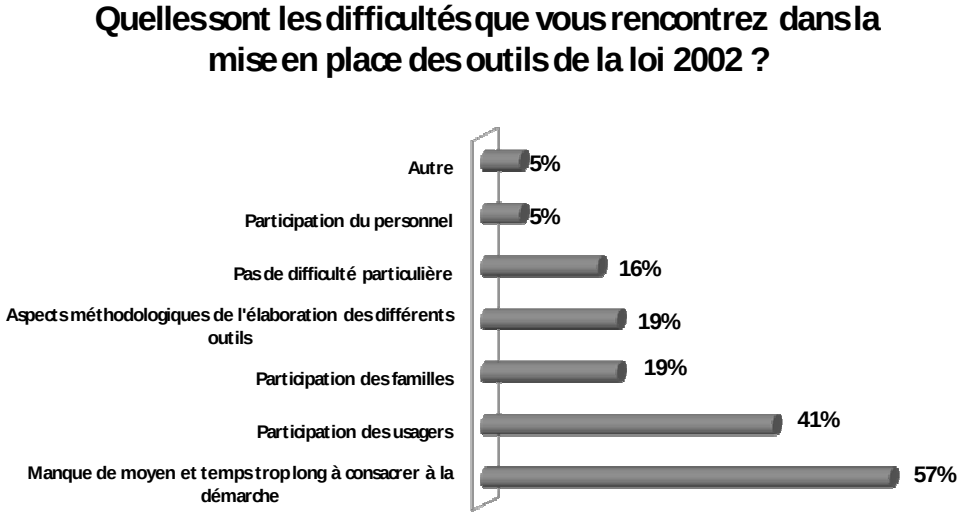
Enfin, les tarifs d'hébergement constituent un point d'achoppement important pour les personnes âgées. Le tarif moyen sur le département des établissements médicalisés est de 43 euros, avec le Nord du département qui possède des tarifs plus élevés (jusqu'à 53 euros).

D. Une appropriation satisfaisante des outils de la loi de 2002-2

Les différentes enquêtes menées auprès des établissements et services dans le département ont pu montrer que les structures s'étaient très largement appropriées les outils de la loi 2002-2.

D'une manière générale, quelques difficultés ont pu être identifiées dans la mise en place de ces outils : outre le manque de temps et de moyens, on mettra en exergue la difficulté d'appropriation par les usagers et les familles. Si la participation du personnel à leur élaboration n'a pas semblé problématique, la manière dont ils se saisissent des différents documents est remontée – durant les entretiens de terrain – comme une pratique qu'il faudrait parfois faire évoluer.

Et plus précisément, à titre d'illustration dans le secteur du handicap



D. L'accompagnement du public en grande difficulté

A retenir

Atouts :

- Un nombre important d'initiatives mises en place pour les enfants à la lisière des dispositifs handicap et ASE

- Une diversité d'accueils pour les publics en difficulté d'insertion

Points d'amélioration :

- Les prises en charge partagées, formalisées par le protocole, doivent être développées puis évaluées

- Les missions de l'équipe ressource auprès des établissements doivent être ajustées.

1. Les jeunes à la lisière des dispositifs

La question des enfants accueillis au sein du dispositif handicap et relevant de l'Aide sociale à l'enfance a été notamment soulignée dans l'étude régionale sur le devenir des IME de 2007. Plus spécifiquement au sein du département, les diminutions de places en ITEP sont de nature à favoriser un basculement des enfants en MECS, alors même que ce dispositif apparaît déjà en tension.

La prise en charge des jeunes à la charnière de plusieurs dispositifs (protection de l'enfance, handicap, santé mentale…) mettent souvent en difficulté (et/ou en échec) les professionnels, à la recherche de réponses ad hoc, sans forcément connaître l'ensemble des ressources et relais disponibles. Quand les ressources sont repérées, les partenariats, que le profil du jeune rend nécessaires, sont souvent faiblement structurés, faisant reposer l'efficacité des interventions sur la qualité de relations interpersonnelles. A ce titre, l'élaboration et la signature d'un protocole de prise en charge partagée dans le Maine et Loire, qui vise à préciser les objectifs et les modalités d'une prise en charge conjointe de jeunes à la

charnière de plusieurs dispositifs, constitue un atout important, dans un contexte de complexification des besoins et des profils.

Au niveau du département, cette problématique a été travaillée dans le cadre des schémas enfance/famille et handicap 2005-2010, par le biais d'une action commune : « Améliorer la coopération entre le secteur médico-social et la protection de l'enfance ». Des groupes de travail se sont notamment réunis sur la thématique des jeunes relevant simultanément d'une prise en charge sociale et médico-sociale et/ou sanitaire, afin de repenser et construire les relations ASE, MDPH et établissement.

La tenue de ces groupes de travail, entre 2008 et 2009 a permis de mettre en exergue **la réalité du partenariat existant**. Ainsi, un certain nombre de dispositifs ont déjà été créés, mais restent difficiles à mettre en œuvre, eu égard aux difficultés d'ordre matériel notamment (transport, prise en charge financière, …).

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de **favoriser les prises en charge partagées**, tout en évitant l'écueil du morcellement des prises en charge.

Des dispositifs spécifiques ont été créés : en 2007, l'Association Familiale d'Aide à Domicile a mis en place un **SAVS**, dont le siège est situé à Cholet, qui permet d'accompagner huit jeunes relevant du dispositif de l'ASE, et âgés de 17 à 21 ans. Par ailleurs, le **dispositif DESPA scolarité** accueille des enfants issus tant du pénal, de la pédopsychiatrie, d'IME, … et s'est engagé dans une politique volontariste d'accueil de jeunes aux problématiques complexes (sociale, psychologique, psychiatrique, scolaire, sécuritaire…).

Enfin, on peut citer deux MECS qui se voient confier des jeunes relevant de l'ASE et bénéficient parallèlement d'une orientation CDA-PH. La **MECS de l'Éclairci,** ouverte en avril 2008 dispose de 6 places pour les 14-21 ans et le foyer Les Écureuils de 12 places pour l'accueil des 6-14 ans. Six MECS comptent par ailleurs une à trois places réservées pour l'accueil d'enfants à mobilité réduite.

Un accueil de jour, mis en œuvre par le DESPA, permet une prise en charge complète pendant la journée de jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance et présentant des troubles psychiques tels qu'ils rendent impossible leur scolarisation en milieu ordinaire ou adapté.

La mise en œuvre d'une équipe ressource auprès des établissements est une réponse intéressante à la problématique des jeunes difficiles, évoquée de manière récurrente par les professionnels de l'enfance. Comme évoqué précédemment cette équipe ressource mobilise l'ASE du Maine et Loire, la DDPJJ et la CESAME. Elle travaille notamment sur la conception et la mise en œuvre de prises en charge pour les jeunes difficiles, posant des difficultés aux établissements. Ce dispositif doit toutefois gagner en visibilité (quant à ses objectifs et ses missions) et accroître le nombre situations concernées.

2. Le public en difficulté d'insertion

- Le Conseil général finance un dispositif de sous-locations qui permet de proposer un relogement temporaire.

- Des centres d'hébergement sont mis en place au sein du département, dans le cadre du dispositif d'Accueil, Hébergement et Insertion piloté par l'État.

Les **Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale** tout d'abord assurent l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale. L'Accompagnement va différer, selon qu'il s'agit d'un CHRS Urgence (41 places), un CHRS Stabilisation (42 places) ou un CHRS Insertion (244 places). Cholet, Angers et Saumur sont dotés de ces trois types de centres. Avec 0,81 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, le département se situe en-dessous des moyennes régionales et nationales (0,90 et 0,94 pour 1 000). Le service insertion du Conseil général participe à des instances partenariales sur la prise en charge de ces publics spécifiques.

Les CHRS peuvent organiser des Ateliers d'adaptation à la Vie Active (CAVA) -47 places à Angers et 25 places à Saumur-, qui mettent en place des activités d'adaptation à la vie active par l'apprentissage ou le réapprentissage des règles nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle.

- **L'Allocation de Logement Temporaire** doit permettre la mobilisation de logements destinés à l'hébergement temporaire de personnes en difficultés.

Il s'agit d'une aide forfaitaire attribuée en fonction de la taille du logement, aux associations ou organismes avec lesquels l'État a passé une convention. 60% des ménages hébergés dans des logements en ALT font l'objet d'un accompagnement financé par le FSL (250 personnes en 2008). 115 logements sont conventionnés (49% à Angers, 34% à Saumur et 10% à Cholet), pour une capacité d'accueil de 320 places. Environ 250 ménages sont hébergés par an, pour la moitié des bénéficiaires de minimas sociaux (RSA). Enfin, 65% des ménages réalisent une sortie vers un logement autonome, le plus souvent vers le parc social[24].

Initiatives départementales et locales :

Un dispositif expérimental d'accueil et d'hébergement « à haut seuil de tolérance » a ouvert en décembre 2008 à Angers. Ce projet consiste en l'hébergement et l'accompagnement de 20 personnes en situation de grande exclusion, qui ont été repérées par le Samu social, l'accueil de jour et le SAO.

Par ailleurs, la problématique de l'accompagnement des demandeurs d'asile est importante sur le département, plus spécifiquement au sein de la ville d'Angers. Plusieurs dispositifs ont été mis en place.

Trois Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) représentent 260 places sur le département en janvier 2010 (140 places en hébergement éclaté, dont 100 places à Angers et 40 places à Saumur, ainsi que 70 places à Angers et 50 places à Cholet).

[24] Direction départementale de la cohésion sociale, 2010

On compte en janvier 2010 **326 places en hébergement d'urgence** pour les demandeurs d'asile, localisés principalement dans des appartements en cohabitation (ce qui représente un coût moindre pour le département). Angers concentre la majeure partie de l'offre (80%) contre 20% des places localisées à Saumur ou à Cholet.

Le nombre de demandeurs d'asile domiciliés dans le Maine-et-Loire, et ayant déposé un dossier de demande d'asile auprès de l'OFPRA est en augmentation très importante : de 227 dossiers en 2008, on passe à 409 dossiers en 2009, soit + 80% d'évolution, contre une moyenne régionale à 28% (source : *projet de schéma d'accueil hébergement insertion de l'État, Mars 2010*).

Le Conseil général a, de manière innovante, passé un marché public en 2009 avec l'association l'Abri de la Providence, afin d'accompagner et d'héberger des **familles étrangères en cours de régularisation**, ou des primo-demandeurs d'asile qui ont un enfant, jusqu'à obtention du titre de séjour supérieur à 6 mois. 39 familles ont été hébergées, avec une durée moyenne de 5 mois. Cet accompagnement se réalise jusqu'à l'obtention d'un titre de séjour supérieur à 6 mois, à l'issue duquel les familles bénéficient du dispositif de droit commun. 39 familles ont déjà bénéficié de ce dispositif, et ont été hébergées à Angers et son agglomération, Cholet et Saumur. Trois travailleurs sociaux de l'association réalisent l'accompagnement social, qui porte sur les aspects d'accès aux droits, de santé et de scolarité.

Enfin, des actions sont mises en place en faveur de la réinsertion des personnes majeures placées sous main de justice, incarcérées ou non et de prévenir les effets désocialisant de l'incarcération

Pour couvrir l'ensemble du département et la maison d'arrêt d'Angers, le service mis en place par le SPIP compte 23,3 ETP de travailleurs sociaux. En 2008, 2 626 personnes ont été prises en charge par ce service. Ce dispositif est intégré financièrement aux politiques de la ville.

Chapitre VII : L'insertion professionnelle

VII. L'insertion professionnelle

Présentation

L'insertion professionnelle a connu une réforme majeure (à l'image des autres dispositifs) avec la mise en place du RSA. L'ensemble des acteurs concernés par le champ de l'insertion sont donc appelées à modifier, de près ou de loin leurs pratiques et c'est le fondement même de l'insertion professionnelle qui sera par nature réinterrogé.

Au-delà de cette modification majeure, le schéma unique appelle à ne pas découpler les accompagnements sociaux d'un objectif essentiel qu'est l'insertion professionnelle. Celle-ci joue alors le rôle de vecteur, de lien, de passerelle entre des dispositifs spécialisés et des dispositifs de droit commun au sein duquel l'accompagnement peut être ponctuel, visant – au moins dans les termes – à s'effacer peu à peu.

Au-delà du public traditionnel que cible le PDI, il est donc opportun d'étudier les complémentarités ou, au contraire, l'absence de liens entre le dispositif d'insertion professionnelle et des usagers cumulant d'autres types de besoins que sont les enfants accompagnés par l'ASE ou, d'une manière encore plus étendue, les personnes en situation de handicap.

Certains termes, avec lesquels nous commençons à nous familiariser à la lecture de ce schéma, réapparaissent mais de manière plus ténue.

En premier lieu, la coordination entre le milieu « ordinaire » et le milieu « spécialisé » est un axe majeur d'évaluation et, au-delà, de réflexion. Elle interroge la pratique des professionnels, leur capacité à s'appuyer sur des compétences qu'ils n'ont pas et à assurer un suivi sans être régulièrement présents auprès du bénéficiaire.

En second lieu, la lisibilité et la visibilité des dispositifs est une condition sine qua non à la fluidité du parcours. La structuration des passerelles dépend aussi de la capacité des acteurs et des personnes concernées à identifier les solutions les plus adéquates dans les délais les plus raccourcis.

A retenir

Atouts :

- Amélioration du pilotage des associations œuvrant dans le dispositif Insertion

- Création d'outils spécifiques dans le champ de l'insertion professionnelle et du retour à l'emploi

- Une bonne couverture en chantiers et ateliers d'insertion

- Développement progressif des actions d'insertion professionnelle en faveur des jeunes

- La construction de passerelles entre les structures pour l'enfance handicapée et les ESAT

- La mise en place d'ESAT hors les murs

- Une transversalité organisée par le Conseil général autour de l'insertion des travailleurs handicapés

- Un soutien constant à la formation des publics cibles

Points d'amélioration :

- L'absence de lien avec la MDPH

- Une sous-dotation en ESAT dans l'Est du département

A) L'insertion professionnelle des bénéficiaires du RSA

L'enquête menée auprès des bénéficiaires du RSA permet d'étayer un certain nombre de ces constats :

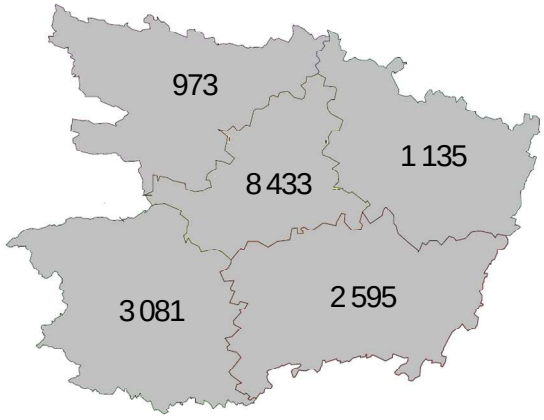
- L'éloignement à l'emploi est très variable : un tiers dit occuper un emploi actuellement, tandis qu'un quart n'a pas travaillé depuis plus de 10 ans.
- Environ 8 bénéficiaires sur 10 sont suivis par un référent et un contrat d'insertion
- Le suivi est plus resserré lorsqu'il est fait par un CCAS, que par le Conseil général et les circonscriptions. Il joue davantage un rôle de motivation du bénéficiaire. Le bénéficiaire cite plus souvent le référent comme jouant un rôle de motivation en CCAS qu'en Conseil général. Repréciser comment on arrive à cette conclusion là.

- Les actions paraissent adéquates dans la majorité des cas : seuls 9% des répondants disent avoir déjà refusé des actions d'insertion proposées par leur référent.
- Les deux-tiers des répondants disent se sentir suffisamment accompagnés dans leur parcours d'insertion.
- Les liens avec les autres services du Conseil général concernent une part relativement faible des bénéficiaires du RSA : 16% avec la MDPH, 8% avec l'ASE, 5% avec la PMI.

1. L'ingénierie du parcours d'insertion

On compte en décembre 2009 **16.218 bénéficiaires du RSA**, dont 62% du RSA Socle (revenu minimum garanti pour des personnes sans revenu), soit 10.066 bénéficiaires. 1 758 personnes sont bénéficiaires du RSA d'Activité et 4.394 du RSA mixte. Le RSA connaît, au niveau du département et selon le même mouvement qui s'opère au niveau national, une **évolution de +23%** en quelques mois (depuis juin 2009). Cette montée en charge concerne plus particulièrement le RSA mixte, avec +45,6% d'augmentation. Par ailleurs, **52% des bénéficiaires sont situés sur le territoire de l'agglomération angevine**, contre 19% et 16% respectivement pour les territoires de Cholet et Saumur.

Nombre de bénéficiaires du RSA en décembre 2009



Source : Conseil général de Maine-et-Loire, Plan départemental d'insertion 2010-2012, Mars 2010

Concernant le système d'orientation et de contractualisation des bénéficiaires, le Conseil général a choisi de **minimiser les évolutions entre le dispositif RMI et le dispositif RSA**. Fin 2009, il avait défini les principes d'organisation des nouvelles instances prévues par la loi. Le service Insertion et la Direction de l'action sociale territoriale ont mis conjointement au point le cadre d'intervention. Les circonscriptions d'action sociale et de santé ont été informées des principes de mise en œuvre du RSA via les coordonateurs territoriaux.

- *L'instruction et l'orientation :* Si une répartition claire des publics entre les différents organismes instructeurs a été définie, il a néanmoins été décidé que, pour éviter les renvois

du public entre ces organismes instructeurs (circonscriptions d'actions sociale, partenaires – MSA, CAF–, CCAS qui le souhaitent ou associations conventionnées), **tous les instructeurs** reçoivent et instruisent les demandes qui leur sont adressées. **L'orientation est assurée directement par les organismes instructeurs** (plutôt, par exemple, que par une plateforme partenariale), avec l'appui du logiciel national @RSA.

- *La contractualisation et l'accompagnement :* La loi dispose que le référent unique devient thématique (emploi ou social) et non plus global. De même que dans le cadre du précédent dispositif RMI, la signature et la mise en œuvre des contrats sociaux sont réalisées en interne par des assistants sociaux polyvalents ou dédiés à l'insertion, ainsi que par la CAF (monoparents) et par la MSA (travailleurs agricoles), et enfin par des associations conventionnées (Abri des cordeliers, Abri de la Providence, CEFR, et le foyer des 4 saisons). Les contrats emploi sont gérés par les conseillers emploi formation du Conseil général et les 4 PLIE du département.

- *Le suivi du parcours :* **Sept équipes pluridisciplinaires locales** seront chargées de réexaminer les situations et de procéder aux ré-orientations. Une équipe départementale examinera les dossiers problématiques (fraudes, suspensions). Conformément à la loi, les équipes incluront des représentants du RSA. Le choix opéré dans le Maine et Loire est de faire désigner par les référents un représentant, nommé pour 6 mois.

A noter qu'en 2009, la CAF d'Angers a fait bénéficier d'une formation sur la prestation et le logiciel de gestion à tous les travailleurs sociaux du Conseil général.

Les associations constatent, auprès du public qu'ils accompagnent, un manque de lisibilité sur les montants d'allocation versés.

Il n'existe à l'heure actuelle pas de réflexion sur les indus de RSA liés au passage à l'AAH. Un raccourcissement des délais d'ouverture de droit à l'AAH permettrait de réduire le risque d'indus liés au versement du RSA.

- Le pilotage de l'offre d'insertion

Les coordonnateurs, en territoire, réalisent un conseil individuel aux référents, une analyse des besoins et des actions existantes ou à développer sur son territoire, une évaluation qualitative, quantitative et financière des actions financées par le Conseil général, l'appui technique aux porteurs de projets, et l'animation partenariale du dispositif local d'insertion.

Ils assument le rôle de « correspondant » défini par la loi généralisant le RSA.

Le Conseil général a réalisé une **démarche intéressante et de long terme sur la structuration et le pilotage de l'offre d'insertion.**

Comme dans de nombreux départements, et comme c'est le cas dans d'autres secteurs (par exemple, pour la prévention et le soutien à la parentalité…), le dispositif départemental d'insertion s'appuie sur une multitude de petites associations (140 environ) plus ou moins professionnalisées, très dépendantes des subventions du Conseil général.

Cependant, le service Insertion a mené au cours des trois dernières années une démarche d'amélioration du pilotage de l'offre. Un guide des procédures de demande de financements a été élaboré en septembre 2009. Les bilans demandés aux opérateurs ont été harmonisés, le Conseil général étant aujourd'hui en capacité d'avoir une visibilité sur les volumétries de public accompagné et les types de sorties pour chacune des actions financées au titre du PDI.

Des cahiers des charges sont en cours de mise en œuvre et vont permettre au Conseil général de normer progressivement le contenu et la qualité des prestations et d'imposer des exigences. Il s'agit d'insuffler une culture du résultat au sein d'opérateurs historiques.

De l'avis des associations interrogées, cette démarche a pu être impulsée parfois de manière unilatérale. La mobilisation des partenaires n'est en effet pas toujours efficiente.

Le RSA renouvelle la question de la mobilisation du droit commun. En particulier, la création, au niveau national, d'un Pacte territorial pour l'insertion (PTI) conclu à l'initiative des Conseils généraux avec ses partenaires, vise à systématiser la coordination des interventions autour du public en insertion et à définir les engagements réciproques.

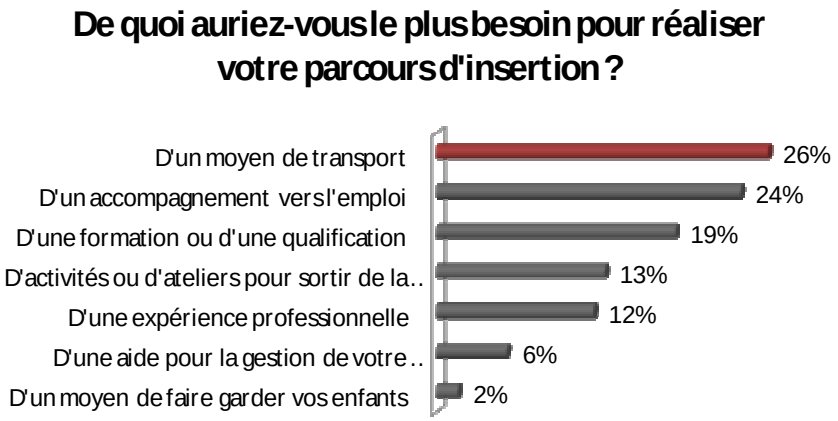
Le partenariat avec l'ANPE puis Pôle Emploi se trouvait très peu formalisé. Le RSA exige une **coordination poussée entre les deux institutions** : celle-ci a fait l'objet d'une convention de « co-traitance élargie », qui permet à Pôle Emploi de suspendre son suivi au profit de celui mis en place par le Conseil général. En pratique, le repérage des personnes ayant le double statut demandeurs d'emploi et bénéficiaires du RSA n'est pas encore opérationnel.

Autre exemple, celui de la formation. Le Conseil général est intervenu en cofinancement des ateliers de savoir de base ainsi qu'un chantier école, ou encore en financement individuel de formations de droit commun. Dans le cadre du RSA cependant, le Conseil général réfléchit à un **repositionnement sur son cœur de compétence**. Ainsi, il souhaite ne plus intervenir sur la formation, compétence du Conseil régional et de l'État.

La question du droit commun doit également s'envisager **en interne au Conseil général**.

On peut noter que le PTI a été l'occasion d'associer la Direction des transports sur la levée des freins à la mobilité.

On notera du reste, que l'enquête à destination des bénéficiaires du RSA faisait écho de ces difficultés puisque la mobilité constituait le **frein à l'insertion** le plus fréquemment cité : un quart des personnes estime qu'un moyen de transport leur permettrait de réaliser leur parcours d'insertion ; une proportion similaire cite également l**'accompagnement vers l'emploi.**



2. Le placement et le maintien dans l'emploi

Le Conseil général a une intervention volontariste au titre du RSA pour amener les bénéficiaires vers la formation et l'emploi. Il a ainsi choisi de mettre en place une **cellule de neuf conseillers dédiés** (l'unité Emploi Formation), en territoire, chargés de promouvoir les contrats aidés auprès des employeurs, de mobiliser des candidats parmi le public RSA et de suivre les personnes en emploi. Ce dispositif permet de limiter le taux de rupture des contrats (16% en moyenne).

Le Conseil général a mis en place un suivi post-contrats aidés. 22% des bénéficiaires ont trouvé un emploi durable (au moins 6 mois) à l'issue de leur contrat aidé. La situation varie cependant fortement selon le secteur, marchand (55% de sorties positives) ou non-marchand (7%).

L'année 2009 a enregistré un fort infléchissement des contrats dans le secteur marchand (-31%), du fait de la contraction de la conjoncture économique.

Initiatives départementales et locales :

En 2009, l'unité Emploi Formation a conclu 1191 contrats de travail, dont 1138 contrats aidés du Conseil général.

Les conseillers ont effectué des visites de prospection dans plus de 200 nouvelles entreprises.

L'unité a également mené :

- une opération de promotion de l'équipe et des contrats aidés auprès de chefs d'établissements de gérontologie, des services handicap et services médico- sociaux

- des informations collectives sur les métiers de l'aide à domicile avec Anjou domicile à destination des bénéficiaires du RSA

A travers la Direction Développement, le Conseil général se positionne également **en amont de l'insertion**, en prévenant les ruptures de parcours professionnel et en soutenant la création d'emploi.

Il finance à 90% le **comité d'expansion** du département, qui soutient les collectivités locales dans leurs initiatives de développement, et propose une aide aux entreprises (prêts d'honneur, immobilier…).

Il a soutenu l'élaboration d'une **charte de l'emploi saisonnier**, signée en décembre 2008 notamment avec la MSA, qui vise à mettre en relation les entreprises ayant des besoins de recrutement et la main d'œuvre. L'emploi saisonnier concerne 20000 personnes dans le département.

La Direction Développement soutient également des opérateurs de la **création d'entreprise** (par exemple, l'ADIE).

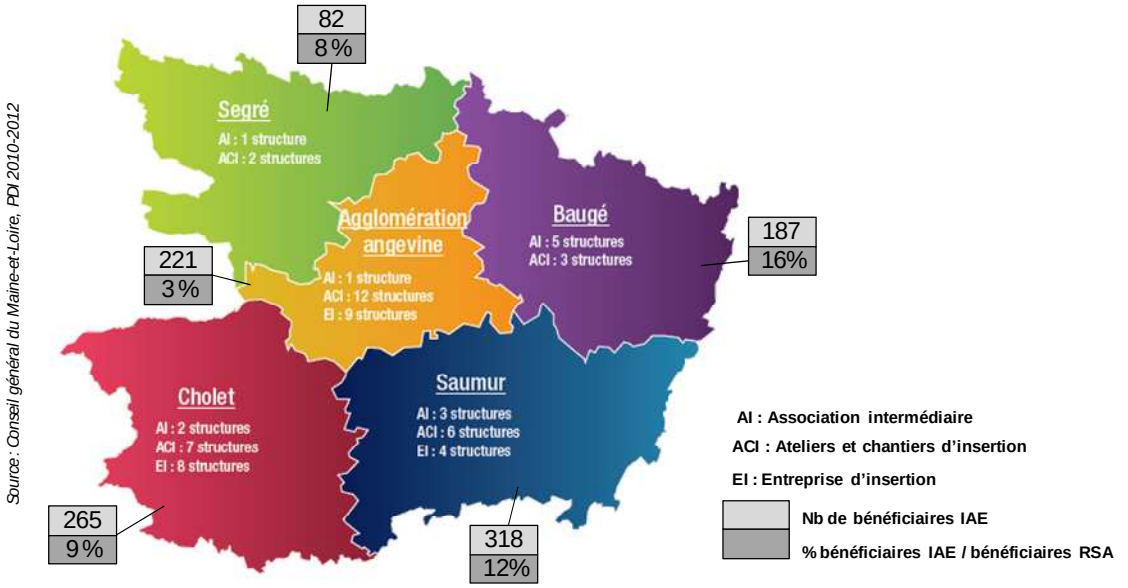
Elle a mis en place en 2009 **une plateforme de revitalisation**, portée par Pôle Emploi. Ce dispositif, spécifique au département, a pris appui sur une expérimentation dans le secteur de l'industrie de la mode sur le Choltais, suite à des plans de licenciement importants. La plateforme fait le lien entre les cellules de **reclassement privées** (actuellement 8 cellules) et l'offre de Pôle Emploi, afin de leur simplifier les démarches, surtout pour l'accès à l'offre de formation. Cette initiative est toutefois portée sans lien avec les dispositifs d'insertion également portés par le Conseil général.

Initiatives départementales et locales :

Le Conseil général souhaite créer un **fond de revitalisation** qui permet de financer les créations d'emploi, en fonction de l'intérêt stratégique de ces créations, repéré par le comité d'expansion. Ce dispositif est déjà mis en place par l'agglomération d'Angers.

3. L'insertion par l'activité économique

Avec 63 structures d'insertion par l'activité économique, le Maine et Loire recense la moitié de l'offre régionale. L'IAE représente donc des enjeux particulièrement forts pour le dispositif départemental d'insertion et plus généralement pour le développement social local. Ainsi, le Plan départemental d'insertion 2010-2012 réaffirme la priorité accordée à l'insertion par l'activité économique, avec la volonté de recentrer sa compétence sur le volet accompagnement vers l'insertion. Les crédits du Conseil général sont ainsi fortement mobilisés en faveur des ateliers et chantiers d'insertion. Les chantiers d'insertion (577 places, dont 385 financées par le Conseil général) ont déjà fait l'objet d'un **document commun à tous les financeurs**.



L'IAE conventionnée par le Conseil général compte 12 associations intermédiaires, 30 ateliers et chantiers d'insertion et 21 entreprises d'insertion, avec une offre moins importante sur la CLI de Segré. Si ce territoire recouvre moins de structures, il permet cependant d'offrir une action d'IAE à 82 personnes, soit 8% des bénéficiaires du RSA.

Le territoire affiche une **bonne couverture**, particulièrement sur le Choletais et les structures accueillent un public important, notamment dans les CLI de Saumur (318), Cholet (265) et Angers (221). L'Est du département accompagne également un nombre important de bénéficiaires. Cependant, certains publics ont des difficultés d'accès à l'offre d'IAE : les places destinées aux jeunes de moins de 26 ans ne couvrent pas les besoins ; les ateliers et chantiers d'insertion peuvent avoir des niveaux de sélectivité élevés, alors qu'il s'agit de structures ayant vocation à accueillir des personnes très en difficulté. En outre, les activités des structures sont peu diversifiées, tournées majoritairement vers le secteur traditionnel d'intervention de l'IAR (les espaces verts).

L'IAE a pu bénéficier d'opérations de grande envergure (chantiers du tramway, Terra Botanica, …) notamment via l'activation des **clauses d'insertion** dans les marchés publics. En 2008, le Conseil général a conclu 17 opérations incluant une clause, qui ont permis la mise en emploi de 130 personnes.

En termes **d'accompagnement**, on relève qu'actuellement 40% des salariés en insertion bénéficient de prestations de Pôle Emploi. En revanche, seuls 17% ont bénéficié de formations. Les modalités d'intervention des différents acteurs (Pôle Emploi, Conseil général, PLIE, AFPA…) manquent encore de lisibilité et de coordination.

Les structures enregistrent 60% de sorties « dynamiques » et plus précisément **36% de sorties vers l'emploi**, soit des résultats satisfaisants au regard des exigences qui vont s'appliquer dans le cadre du nouveau conventionnement.

La réforme des modalités de conventionnement va dans le sens d'une concertation entre l'État et l'IAE sur les objectifs d'accompagnement et de sorties à assigner aux structures. Dans le Maine et Loire, la mise en place de la réforme prolonge une tradition de travail en commun des partenaires de l'IAE (l'Etat, le Conseil général, mais aussi les PLIE…). Particularité du département, il existe une Conférence des financeurs qui définit les interventions de chacun dans le financement des places en chantiers d'insertion.

Pôle emploi est en attente du positionnement national sur la question pour définir son intervention dans l'accompagnement des salariés en insertion par l'activité économique.

Initiatives départementales et locales :

Une expérimentation est actuellement mise en œuvre entre une association d'insertion par l'activité économique (les Jardins de Cocagne), une association d'insertion par le logement (Aide Accueil) et un bailleur social (ESH Val de Loire). Les trois acteurs interviennent ainsi tout au long de la journée de la personne : 12 personnes travaillent en effet au sein de l'association, logées par Aide Accueil et bénéficient d'un accompagnement social lié au logement. Le Conseil général participe à cette expérimentation qui permet de traiter de la problématique de l'insertion dans sa globalité.

4. La formation

Les Conseillers Emplois Formation ont notamment pour mission de faciliter l'accès à la formation aux bénéficiaires du RSA : 68 orientations ont été réalisées en 2008.

Sur l'orientation et la construction du projet professionnel :

Le **dispositif « Réussir »** de l'AFPA concerne fortement les bénéficiaires du RSA et pourrait être davantage mobilisé par les Conseillers Emploi Formation.

A noter par ailleurs que le PLIE d'Angers a mis en place des **projets avec l'AFPA** (partenariat innovant en France) sur la thématique de la formation et de la qualification, identifiée comme un axe-clé.

A l'avenir, l'AFPA se désengagera du domaine de l'orientation, qui basculera sur Pôle Emploi. Ce dernier travaille avec le Conseil général à la mise en place d'une **plateforme de vocation professionnelle** à destination des bénéficiaires du RSA. L'objectif est de détecter les « habilités » afin d'objectiver la recherche d'emploi et d'aider aux entretiens d'embauche. L'originalité de la démarche, par rapport au dispositif « classique » porté par Pôle Emploi, réside dans le fait que la méthode ne s'appuie pas sur un recrutement.

Sur les savoirs de base :

Le Conseil général finance 9 actions en complément de l'Etat permettant de développer l'apprentissage des savoirs de base et de lutter contre l'illettrisme, qui concerne environ 260 bénéficiaires du RSA par an.

Sur la formation:

Le Conseil général ouvre la possibilité de financer individuellement des formations.

Le Conseil général, dans une logique de subsidiarité des interventions, pourrait être amené à baisser son niveau d'intervention sur la formation.

B) L'insertion professionnelle des jeunes

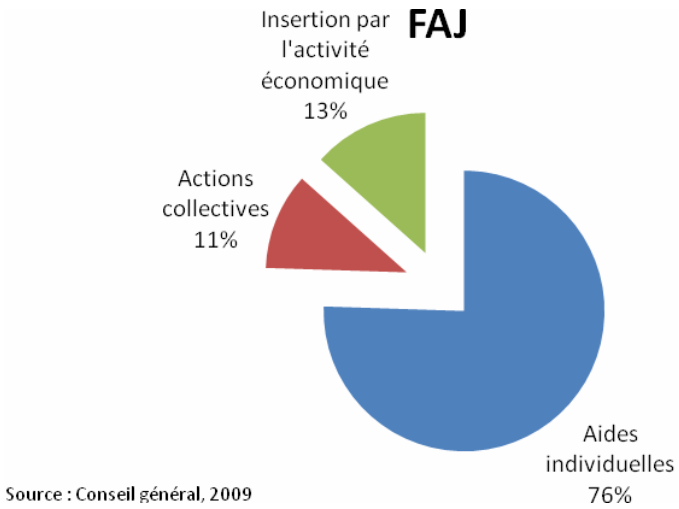
Le Conseil général intervient de manière **volontariste** en faveur de l'autonomie sociale et professionnelle des jeunes :

- Qui sortent des **dispositifs Aide sociale à l'enfance**, pour éviter les ruptures de parcours

La **Bourse d'accès à l'autonomie** (50 000 euros par an) peut être attribuée à tout jeune suivi par l'ASE pendant au moins 4 ans (469 euro par mois, sans limitation de durée) afin de permettre son insertion sociale et professionnelle. Ce dispositif, qui vise un public très ciblé et concerne donc un nombre limité de bénéficiaires, connaît une montée en charge : **13 jeunes** ont été accompagnés en 2007 par le biais de ce dispositif, pour un montant total des aides de 22 371 euros ; 30 sur l'année 2009, pour près de 50 000 euros.

- Dans une optique de **prévention du passage au RSA**

Le **Fond d'aide aux jeunes** (FAJ) représente un budget de 780 000 euros en 2009.

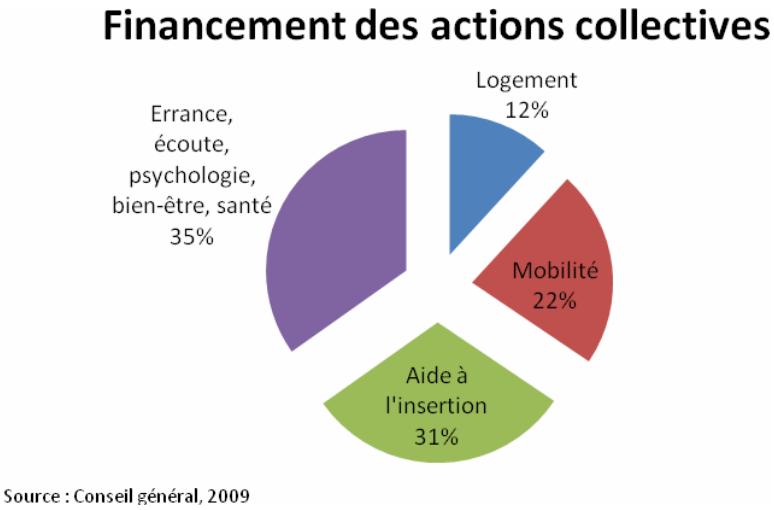


Source : Conseil général, 2009

Il permet l'octroi d'**aides individuelles** : **575 100€** ont été distribués à **3 100 jeunes en 2009**, représentant les trois quart des financements accordés par le FAJ. Ces aides individuelles peuvent prendre la forme d'une aide financière au permis de conduire, conditionnée à un

financement bouclé et à un projet d'insertion professionnelle. Il s'agit en outre d'aides financières à la création d'entreprise, à la formation et au logement (pour les demandes non prises en compte par le FSL).

Le montant moyen accordé aux jeunes s'élève à 190€. Depuis 2005, l'instruction est déléguée aux 5 Missions locales et PAIO du département. À partir de juillet 2010, le dispositif sera internalisé dans les services départementaux pour une meilleure lisibilité et égalité territoriale d'une part, et pour un meilleur pilotage des aides d'autre part. Le FAJ finance également des **actions collectives**, par l'intermédiaire de structures associatives, à hauteur de **84 500€ en 2009**. 30 postes en chantiers d'insertion sont financés à destination des 18 – 25 ans pour 240 jeunes (mais seulement 30 places subventionnées). 200 dans le pré-chantier.



Source : Conseil général, 2009

Les projets autour de l'errance, l'écoute, la psychologie, le bien-être et la santé représentent plus d'un tiers des financements accordés aux actions collectives.

Elles sont portées par 6 structures, et sont financées à hauteur de 29 400€ en 2009. Toutefois, le financement des actions de soutien psychologique tend à la baisse, dans la mesure où il s'agit d'une compétence de l'État.

L'aide à l'insertion, représentant presque un tiers également des financements accordés aux actions collectives, est portée par 3 structures dans le département. Elles sont financées à hauteur de 26 000€ en 2009. Elles portent des actions de remobilisation et d'aide à la réalisation du projet professionnel.

Les actions de mobilité sont portées par 8 structures, financées à hauteur de 19 100€ en 2009, soit 22% du financement total accordé aux actions collectives. Il s'agit principalement de points mobilité, permettant la location de scooters et de mobylettes. La mission locale du Saumurois propose une action de conduite accompagnée solidaire.

L'aide au logement concerne deux structures, financées à hauteur de 10 000€ en 2009. Cela représente 12% du financement accordé à l'ensemble des actions collectives. Les actions proposées visent à la recherche d'un logement et à permettre l'autonomie dans le logement.

En cofinancement avec l'État, des places en structures d'insertion par l'activité économique dans des chantiers d'insertion et un pré-chantier spécifiquement dédiés aux jeunes (20 heures chrono, expérimentation) – 5 places offertes qui vont mobiliser 20 jeunes sur toute l'année. L'accompagnement socio-professionnel est renforcé et adapté.

Sur le territoire, on note un travail en collaboration entre la Mission locale et le PLIE d'Angers auprès du public inscrit dans les dispositifs TRACE et CIVIS, pour faciliter l'accès aux structures d'insertion.

Par ailleurs, la DDETFP porte le dispositif expérimental issu du Plan Espoir Banlieue, les Contrats d'autonomie, pour les jeunes habitant en zone CUCS. 200 nouveaux contrats ont été signés en 2009. Les résultats, avec un taux de sorties positives de 45 %, sont meilleurs qu'au niveau national (33%).

C) L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

Liminaires

- **Un dispositif en évolution**

Les législations successives ont progressivement précisé et modifié le statut de travailleur handicapé.

L'article L. 323-10 du Code du travail, issu de la loi de 1957 fixe la définition du « travailleur handicapé » : « est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ».

Par la suite, la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés a fixé les principes et les règles applicables aux travailleurs handicapés dans le secteur privé et dans le secteur public. Cette loi prévoit une obligation d'emploi de 6% de l'effectif réel à partir de vingt agents à temps plein ou équivalent (articles L. 323-1 et L. 323-2 du Code du travail).

La reconnaissance administrative de la qualité de travailleur handicapé, qui touche 5% de la population française en âge de travailler (15-64 ans), permet notamment de bénéficier du dispositif spécifique d'aides de l'AGEFIPH dans le secteur privé et, depuis 2005, de son pendant dans le secteur public, le Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP).

La loi du 11 février 2005 permet d'offrir un cadre rénové à la lutte contre les discriminations à l'emploi, en complétant la définition du « travailleur handicapé » donnée par la loi de 1957. Par ailleurs, la loi étend au secteur public le dispositif applicable depuis la loi de 1987 dans le

secteur privé : les employeurs publics qui disposent d'au moins 20 agents à temps plein ou leur équivalent, sont soumis à l'obligation de réserver 6% des emplois aux travailleurs handicapés, à l'instar des entreprises de droit privé. Une sanction plus sévère pour les entreprises ne respectant pas cette obligation est prévue, par une augmentation du montant de la contribution à l'AGEFIPH.

Le travail en milieu protégé est également réformé : les ateliers protégés sont renommés entreprises adaptées et n'appartiennent plus au milieu protégé. Il s'agit d'entreprises du milieu ordinaire, mais ayant vocation à employer en priorité des personnes handicapées. Par ailleurs, les CAT deviennent des Établissement ou service d'aide par le travail.

La loi de 2005 permet ainsi de réaffirmer l'importance du volet emploi, avec la nécessité de mobiliser le plus largement possible les dispositifs de droit commun et non de développer une offre de services spécifiques, sauf en cas de besoin. Ainsi, l'accès aux droits communs des personnes doit être garantit. De ce fait, les partenaires de droit commun se trouvent dans l'obligation d'adapter leurs services et de développer des compétences dans le champ du handicap (avec le besoin de disposer de professionnels experts dans ce champ). Par ailleurs, l'obligation d'étude de la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé pour toute demande d'AAH impose à la MDPH de travailler l'opportunité d'une orientation professionnelle à chaque demande d'AAH. Cette même logique se retrouve à travers l'élargissement de la liste des bénéficiaires de la BOE aux bénéficiaires de l'AAH et des cartes d'invalidité.

- **Une inscription du Conseil général en complémentarité et en partenariat avec l'État, pilote du dispositif d'emploi**

Le pilotage de la politique d'emploi relève de la compétence de l'État. Les Directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) pilotent et animent à ce titre la politique d'emploi des travailleurs handicapés.

Par ailleurs, la détermination et la mise en œuvre d'une politique globale au niveau du département se fait un sein d'un document directeur (PDITH), régionalisé depuis janvier 2010. Ainsi, si le niveau départemental reste le niveau opérationnel, la révision générale des politiques publiques renforce le niveau régional en tant que niveau stratégique et politique de fixation des orientations.

Le Plan Régional d'insertion des travailleurs handicapés permet de coordonner les actions de l'ensemble des partenaires ayant vocation à intervenir concernant l'insertion, le maintien dans l'emploi et la formation des travailleurs handicapés.

Le Conseil général intervient dans le champ de l'insertion professionnelle des personnes handicapées à plusieurs titres : en tant que pilote des politiques sociales, il est chargé de favoriser l'entrée et la maintien au sein d'un dispositif d'insertion et mène les politiques d'insertion et de prévention des exclusions ; le Conseil général assure la Présidence de la MDPH, qui délivre l'attestation de RQTH et détermine les orientations professionnelles ; enfin, en tant qu'employeur, il est soumis à l'obligation d'emploi. Le Conseil général est ainsi amené à participer activement au travail en réseau entre l'ensemble des acteurs du champ de l'insertion professionnelle, dans le but de favoriser l'entrée et le maintien dans un parcours d'insertion et de garantir la continuité de ce parcours.

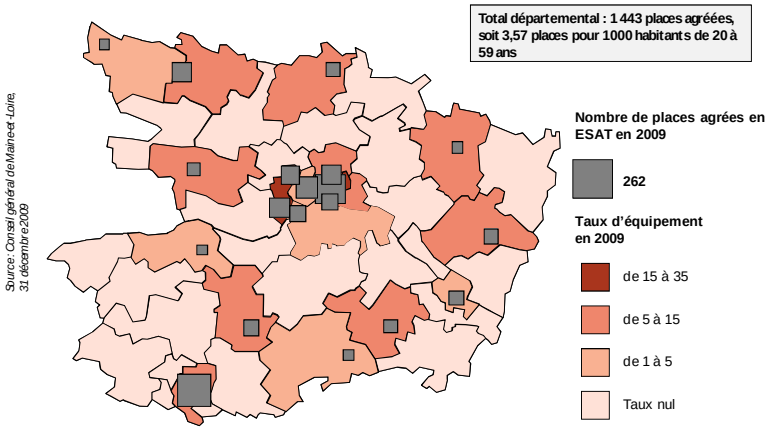
Par ailleurs, l'Agence de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées, favorise l'emploi et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées bénéficiaires de la loi du 10 juillet 1987 en milieu ordinaire de travail, et apporte des réponses à toutes les étapes de l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

La complexité du dispositif, la très grande diversité des acteurs, tout autant que l'impact de la loi de 2005 sur les systèmes organisés, nécessitent une focale spécifique allant de l'insertion dans le milieu protégé au travail en milieu ordinaire.

1. L'insertion dans le milieu protégé

Le travail en milieu protégé, comme le travail en milieu ouvert, a connu des évolutions réglementaires fondamentales réorganisant le domaine de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Le travail en milieu protégé est réalisé au sein des Établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les Entreprises adaptées étant aujourd'hui des structures appartenant au milieu ordinaire.

Le département compte actuellement **23 ESAT**, représentant 1 443 places autorisées et **1 391 places installées**. Avec 3,44 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, le Maine-et-Loire se situe légèrement au-dessus de la moyenne régionale et nationale (respectivement 3,35 ‰ et 3,27 ‰).


Total départemental : 1 443 places agréées, soit 3,57 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans
Nombre de places agrées en ESAT en 2009
262
Taux d'équipement en 2009
de 15 à 35
de 5 à 15
de 1 à 5
Taux nul
Source: Conseil général de Maine-et-Loire, 31 décembre 2009

176 places ont ainsi été créées entre 2005 et 2009.

L'Est du département apparait le moins doté, qu'il s'agisse du territoire de Saumur ou du canton de Longué-Jumelles.

Par ailleurs, un accompagnement spécifique est mis en place au niveau du département de Maine-et-Loire, pour des personnes traumatisées crâniennes. Ainsi, une Unité d'évaluation, réentraînement et d'orientation socio-professionnelle évalue les séquelles physiques et psychiques de la personne en vue de son insertion sociale, scolaire ou professionnelle

ultérieure. Enfin, un ESAT a été créé au sein du département pour les personnes cérébro-lésées.

ESAT	Nb de décisions favorables	Nb d'admis en établissement	Taux d'admission
	1 741	1 452	83%

Au 31 décembre 2009, 289 personnes orientées en ESAT n'ont pu y travailler faute de places.

Malgré un effort réalisé en termes de création, la pression de la demande reste très forte. En effet, on compte un très grand nombre de jeunes sortant d'IMPRO, qui bénéficient d'une orientation en ESAT (660 au niveau Régional entre 2007 et 2012)[25]. En outre, les ESAT doivent évoluer sur des marchés de plus en plus concurrentiels, ce qui remet fortement en question leur rentabilité et les contraint à procéder à des recrutements de travailleurs handicapés présentant des déficiences légères. La circulaire du 1er août réaffirme la vocation d'un ESAT à être « largement ouvert à tout type de handicap et proposent des activités accessibles aux personnes ayant […] une capacité très réduite de travail ».

Face à ces constats, il pourrait être envisagé de permettre l'accompagnement de ces publics disposant d'une orientation ESAT mais ne pouvant y accéder, par des SAVS ayant une compétence professionnelle.

Au sein du département de Maine-et-Loire, plusieurs enjeux et évolutions des besoins doivent être pris en compte par les ESAT :

- Concernant tout d'abord la problématique de l'insertion professionnelle, lors du passage du secteur enfant au secteur adulte

De nombreux ESAT tentent aujourd'hui de remédier aux difficultés rencontrées par les jeunes qui sortent du dispositif enfant. Ainsi, des passerelles ont été développées entre structures, notamment entre les IMPRO et les ESAT, permettant de proposer des stages au sein des ESAT (pratique du conventionnement).

- Concernant le travail à temps partiel, qui permet d'aménager le temps de travail des personnes handicapées ne pouvant plus assumer les tâches qui leur étaient confiées.

Les solutions de travail à temps partiel ne sont pas développées au sein du Département, notamment du fait des difficultés rencontrées en termes de gestion. Cependant, le PRIAC 2009-2013 souhaite voir son développement au sein des établissements de la Région Pays-de-la-Loire.

- Concernant les liens avec le milieu ordinaire de travail

[25] Enquête ES 2006

La possibilité pour les travailleurs handicapés en ESAT d'être mis à disposition d'une entreprise, d'une collectivité publique ou de tout autre organisme afin d'exercer une activité à l'extérieur de l'ESAT est confirmée par la loi du 11 février 2005. La création **d'ESAT « hors les murs »** permet de s'inscrire dans un décloisonnement entre travail protégé et milieu ordinaire de travail, et est de nature à favoriser une embauche ultérieure en milieu ordinaire de travail.
Au 31 décembre 2008, 129 travailleurs étaient mis à disposition à l'extérieur de leur ESAT de rattachement au sein du département, soit 9%.

Le précédent schéma en faveur des personnes en situation de handicap prévoyait un axe important relatif au **rapprochement entre le milieu de l'entreprise et le milieu protégé.** S'agissant de l'insertion des travailleurs handicapés du milieu protégé en milieu ordinaire de travail, la pratique des mises à disposition commence à émerger. Cependant, plusieurs freins obèrent la mise en place de passerelles : les ESAT ne sont pas suffisamment identifiés par les entreprises ; celles-ci ne peuvent recevoir des aides d'adaptation du poste pour l'accueil de travailleurs ESAT en détachement ; les ESAT ne peuvent réaliser d'embauches sur la place rendue disponible ; enfin, il n'y a pas de personnel dédié à l'insertion professionnelle au sein des ESAT/EA. Ainsi, il apparait nécessaire de **poursuivre les efforts engagés en termes de passerelles entre les deux secteurs professionnels.**

2. L'insertion dans le milieu ordinaire

L'intégration en milieu ordinaire de travail est un des axes prioritaires de la politique nationale en faveur des personnes handicapées.

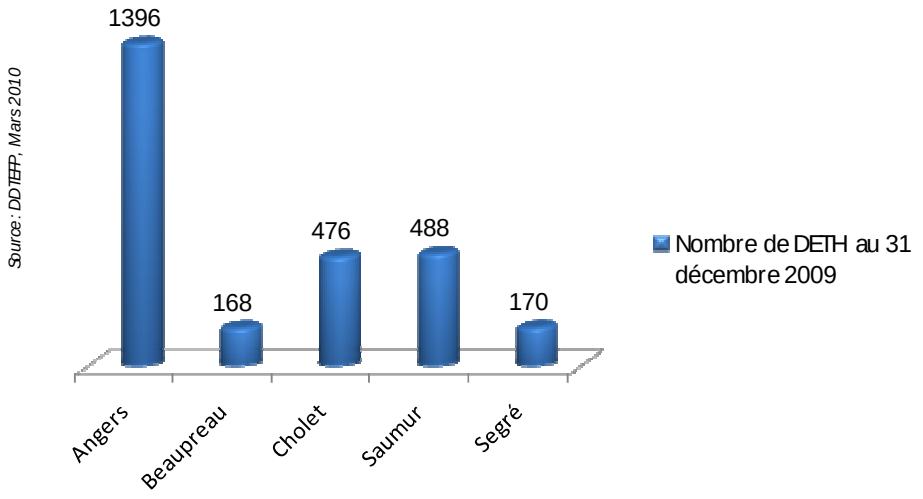
Renforçant les mesures incitatives, la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » affirme le principe de non-discrimination à l'embauche. Elle renforce les sanctions financières pour les employeurs qui ne respectent pas l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés fixée à 6% de l'effectif. Par ailleurs, comme indiqué précédemment, la loi du 2005 souhaite garantir aux personnes handicapées l'accès aux dispositifs de droit commun.

- **Quelques chiffres départementaux**

En 2008, la MDPH a reconnu la qualité de travailleur handicapé à 3 954 personnes (soit une augmentation de 9% par rapport à 2007), avec une décision d'orientation en réinsertion professionnelle pour 2 751 personnes (soit une augmentation de 26% par rapport à 2007). Le délai pour ces deux demandes s'élève en moyenne à 5 mois.

Fin 2006, en Maine-et-Loire, sur les 1.907 établissements d'au moins 20 salariés du secteur privé,
1 333 étaient assujettis à la DOETH (Déclaration Obligatoire à l'Emploi de Travailleurs Handicapés). Ainsi, **70% des entreprises assujetties emploient au moins un bénéficiaire**

de l'obligation d'emploi (BOE). 3 152 personnes handicapées étaient embauchées dans ces établissements, soit 2,6 % des salariés en équivalent temps plein (2,2 % en France métropolitaine). Par ailleurs, au 30 décembre 2008, **7% des demandeurs d'emploi sont des personnes en situation de handicap** (supérieur à la moyenne régionale, de 6,6%). Ainsi, on compte **2 696 demandeurs d'Emploi Travailleurs Handicapés** (DETH) en décembre 2009 (contre 2 283 en décembre 2008, soit + 18,1% en un an, augmentation plus forte que le niveau régional, situé à 17%), dont près de 54% sans qualification professionnelle. Ils représentent 7% des DEFM tous publics confondus. Le département représente 24,4% des DETH de la région de Pays de la Loire (11 063 demandeurs). Concernant le profil de ces allocataires, on compte 45,6% de femmes, et 33,6% ont plus de 50 ans. 47,5% ont une formation initiale de type BEP ou CAP, avec une proportion plus élevée sur le territoire de Segré (52,4%). Enfin, 15,2% sont bénéficiaires du RSA ou du RMI (*source : Pôle emploi et direction des territoires, décembre 2009*).



- **Un dispositif complexe, maillé par l'intervention de multiples acteurs**

Un grand nombre d'acteurs se mobilisent en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées : DDTEFP, Conseil général, la MDPH (par le biais notamment de sa mission insertion professionnelle), Pôle Emploi, Cap Emploi, l'AGEFIPH, le SAMETH 49… Certains de ces acteurs coopèrent dans le cadre de conventions bilatérales mais une coordination globale n'est pas assurée et les entreprises, comme les usagers, doivent faire face à une multiplicité d'interlocuteurs.

Par ailleurs, l'accompagnement différera en fonction de la situation de la personne :

- L'usager avec un emploi va relever des services sociaux de la CRAM, ou de la MSA.
- Une partie des demandeurs d'emploi vont être accompagnés par CAP Emploi, qui exerce ses missions dans le cadre d'une cotraitance avec Pôle Emploi (815 accompagnements en 2008). Aujourd'hui, seuls 34% des DETH du département de Maine-et-Loire sont accompagnés par CAP Emploi : il apparait de ce fait nécessaire

de mener une réflexion sur les modalités permettant à un plus grand nombre de bénéficier de l'expertise de CAP Emploi. Par ailleurs, un soutien à l'action de CAP emploi pour leur apporter la connaissance des dispositifs d'accompagnement social, permettrait de rendre effectif la mutualisation des moyens et des compétences dans l'intérêt des travailleurs handicapés. En effet, Un des enjeux majeurs de l'insertion professionnelle réside dans la **sécurisation des parcours** et la nécessité d'élaborer un travail spécifique sur les risques de rupture. Le dispositif d'insertion professionnelle doit ainsi être travaillé en cohérence avec la question de **l'insertion sociale**.

- Le bénéficiaire du dispositif RSA sera accompagné par un référent. Cependant, les relations ne sont pas encore réellement développées entre notamment le CAP Emploi et les référents du dispositif RSA, avec parfois une méconnaissance réciproque des champs d'intervention de chaque acteur. Dans ce cas précis, ces deux acteurs ne font pas jouer une complémentarité qui est pourtant réelle. Cependant, une expérimentation a été mise en place entre CAP Emploi et le dispositif RSA, consistant en un partenariat sur des dossiers communs, à travers des rencontres notamment (concernant un peu moins d'une dizaine de situations).

Ainsi, le champ de l'insertion professionnelle des personnes handicapées touche un nombre important de dispositifs et l'enjeu se situe dans la **coordination de tous ces acteurs**. Le travail en réseau apparait donc prégnant dans ce champ, avec la nécessité d'agir plus fortement sur le décloisonnement, la mutualisation et l'optimisation des compétences et des moyens à disposition de chaque partenaire.

Dans ce cadre, le Conseil général développe son action en lien étroit avec les partenaires :

Un travail particulier a été réalisé dans le cadre du PDITH 2009, en lien avec le Conseil général (campagne d'information auprès des travailleurs sociaux du département, formation des chargés de mission de Cap emploi au dispositif d'insertion du Conseil général).

Par ailleurs, conscient de cette transversalité, le Conseil général a développé une expérimentation, avec la mise en place d'un **Chargé de mission pour l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap,** permettant ainsi de favoriser le travail en réseau. Cette mission a pour objectif de structurer et d'animer la contribution du Conseil général à l'accompagnement des trajectoires socioprofessionnelles des personnes en situation de handicap, et montre ainsi la politique volontariste du Conseil général en la matière.

Enfin, le **Pacte territorial pour l'insertion 2010-2012** a permis de travail cette question avec la mise en place d'un groupe dédié à la thématique du handicap. Ce groupe a mis en exergue les difficultés d'identification des acteurs du champ du handicap par les professionnels de l'insertion non spécialisés dans ce domaine. Un travail spécifique va être réalisé dans ce cadre, piloté par la MDPH, visant à la création d'un « Guide d'entretien » en tant qu'outil d'aide au diagnostic des besoins des personnes en situation de handicap en démarche d'insertion professionnelle.

- **Les enjeux relatifs à l'entrée et au maintien des travailleurs handicapés dans le champ de l'insertion professionnelle**

La détection précoce des situations complexes des personnes handicapées apparait comme une problématique prégnante. Cette prévention doit ainsi pouvoir se réaliser au sein des dispositifs de droit commun, dans l'optique de mobiliser en amont les dispositifs spécifiques et adaptés.

Dans ce cadre, des actions ont été mises en place à l'échelle du département afin de favoriser l'entrée et le maintien des travailleurs handicapés :

- Des **actions de sensibilisation à l'égard des employeurs**

Trois réunions d'information ont été organisées début 2009 réunissant une centaine de personnes, afin de sensibiliser à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Le Conseil général, l'AGEFIPH et la DDTEFP ont organisé en novembre 2009 un Salon Employeur et Handicap permettant aux employeurs publics et privés de trouver dans un même lieu tous les partenaires de l'emploi et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées. 80 visiteurs se sont rendus au forum au sein et sur les 23 stands présents.

- Des **mises en lien entre partenaires**, dans le but de favoriser une insertion rapide dans l'emploi

La MDPH et l'AGEFIPH ont ainsi collaboré à la mise en place du **service Appui Projet**, destiné aux personnes déposant une demande de RQTH ou d'ORP, et permettant aux personnes d'envisager rapidement la question de leur insertion professionnelle en lien avec l'offre d'emploi locale. Ce dispositif accompagne 300 personnes depuis Novembre 2009.

Un certain nombre de partenaires participent régulièrement aux Équipes pluridisciplinaires d'Évaluation de la MDPH (Cap Emploi, Pôle Emploi, AFPA, ou encore missions locales, coordinateur départemental de l'apprentissage adapté et ADAPEI Formation lorsqu'il s'agit de 16-25 ans, du SAMETH et de la CRAM lorsqu'il s'agit de maintien dans l'emploi).

- Par ailleurs, une **procédure spécifique en matière d'insertion professionnelle** a été élaborée et inscrite dans le Protocole départemental du maintien dans l'emploi multi-partenarial en 2008.

- Enfin, des actions ont été développées concernant **la remobilisation des jeunes en situation de handicap** vers l'emploi.

Une expérimentation dans le cadre du PDITH 2009 d'un « **SAS Jeunes** » permet de proposer aux jeunes en situation de handicap un espace de resocialisation et de remobilisation vers l'emploi avant d'intégrer les dispositifs dédiés à la formation et/ou à l'emploi. Cette action expérimentale de remobilisation des jeunes travailleurs handicapés a permis d'accompagner 12 jeunes.

L'axe de la **formation** a été travaillé au sein du PDITH, avec le souhait de « pérenniser les actions spécifiques existantes ». En effet, le département compte un certain nombre d'actions déjà mises en œuvre : on peut ainsi citer Favortith, Phare à Longué et Cholet, et

Eclip’s à Angers et Cholet, permettant de regrouper 12 à 14 bénéficiaires pour chaque action, avec des jeunes reconnus travailleurs handicapés et des jeunes non reconnus.

Chapitre VIII : Le lien social

VIII. Le lien social

Présentation

Le lien social **désigne l'ensemble des relations qui unissent des individus faisant partie d'un même groupe social** et/ou qui établissent des règles sociales entre individus ou groupes sociaux différents.

L'importance du lien social réside surtout dans la possibilité qui est offerte à un public en difficulté, quel qu'il soit, de pouvoir s'extraire des modes d'accompagnement dont il bénéficie (quasi) quotidiennement. En outre, il est le garant d'une appartenance à une cité, à une société, à un environnement dans lequel son individualité doit pouvoir évoluer, se développer, s'épanouir.

Les actions relatives au lien social sont par nature diffuses. Deux orientations fondent cependant l'intervention du Conseil général et de ses partenaires : celle de maintenir les liens qu'une personne a pu se constituer et qu'elle risque de perdre en raison de difficultés nouvelles – d'ordre social et/ou médico-social ; celle de créer du lien pour des personnes qui se sentent naturellement ou non, subitement ou non, exclues d'une cité, souffrant ainsi d'un symptôme de répulsion réciproque (c'est-à-dire d'une tendance de la société à rejeter ces personnes et d'une tendance de ces personnes à s'exclure de la société).

Le maintien ou la création de ce lien social passent par plusieurs vecteurs, dont le Conseil général et ses partenaires sont les garants. Il s'agit notamment :

- De l'accessibilité qui revêt plusieurs formes (l'adaptation des transports, des commerces, des lieux publics, des loisirs sportifs et culturels…)
- De la cohérence de la politique de la cité (politique de la ville) qui doit viser l'inclusion d'une diversité des publics au sein d'espaces communs.

Les publics qui seront ici ciblés sont constitués des jeunes et des adultes connaissant des difficultés d'insertion sociale et professionnelle, les personnes en situation de handicap et les publics vulnérables (dont les personnes âgées et les personnes en forte précarité) qui présentent un fort risque d'isolement progressif.

L'évaluation de cet item ne concerne pas que le Conseil général, même si, ce document représentant son schéma, il a s'agit d'identifier les actions qu'il finance ou soutient ; toutefois, d'une manière plus générale, l'aspect transversal recherché s'étend ici à la complémentarité des interventions du Département avec les autres financeurs. Qu'elle s'organise de manière ponctuelle ou à travers des dispositifs complexes, cette transversalité exige un minimum de structuration pour garantir à la fois la cohérence d'ensemble mais aussi l'efficience des interventions.

A retenir

Atouts :

- Un travail important réalisé au profit de la mobilité

- Le développement de solutions de transport à domicile

- L'existence de structures d'hébergement visant à éviter l'exclusion et l'isolement (FJT, maisons-relais)

- L'utilisation des contrats de territoire pour développer les solutions d'hébergement

- La participation du Conseil général aux différents dispositifs de la politique de la ville

- Une mise en accessibilité des voiries et des espaces publics progressive

- Un maillage en centres sociaux

- Une action sociale départementale territorialisée : 13 circonscriptions d'action sociale, 17 antennes, 145 lieux de permanence

Points d'amélioration :

- Un partenariat à étayer entre les acteurs du logement et ceux de l'insertion sociale

- Des difficultés financières rencontrées par les bénéficiaires du RSA pour accéder à des activités de loisirs

- Une accessibilité aux loisirs et à la culture pour les personnes en situation de handicap limitée essentiellement aux centres urbains

- Un dialogue interne au Conseil général encore limité sur la question de l'accessibilité aux loisirs et aux sports

A) La mobilité

Le territoire témoigne d'une réelle dynamique sur le plan des transports collectifs ou semi-collectifs.

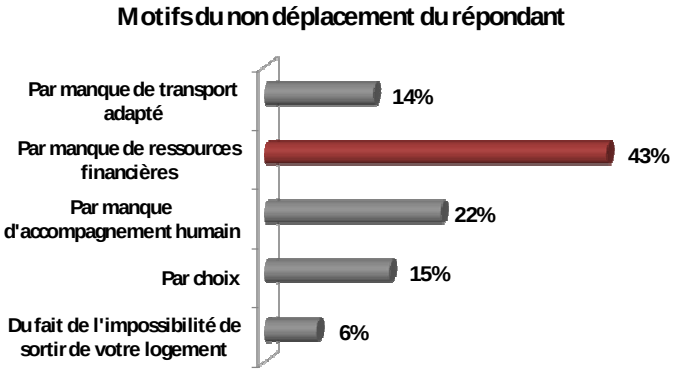
Comme le relève l'étude réalisée en septembre 2009 sur « les déplacements et les solutions de transport à la demande en milieu rural », le département peut s'appuyer sur un réseau ferroviaire performant pour les trajets domicile-travail, organisé en croix, centralisé sur Angers, et qui se caractérise par des fréquences de passage élevées et des dessertes rapides. Le réseau départemental dessert près de 90% de la population départementale, mais affiche des fréquences de passage inégales et reste majoritairement tourné vers le

public scolaire. Limite soulignée par les acteurs, la communication à destination du public ou encore des professionnels du social reste lacunaire et complexe.

Deux agglomérations (Angers et Saumur) et cinq collectivités locales disposent d'un **service de transport à la demande**, qui monte en charge, même si le niveau de service rendu reste inégal entre les territoires et les services. Par ailleurs, de nombreuses initiatives se sont développées dans les territoires plus ruraux (transports solidaires réalisés par des bénévoles, par exemple coordonnés par le Centre social).

Malgré la diversité des actions mises en place, des difficultés persistent.

A titre d'illustration, les personnes handicapées interrogées via l'enquête AAH identifient un certain nombre de freins à leur mobilité qui contribuent à leur isolement : le manque de ressources financières constitue le principal obstacle aux déplacements pour les répondants (43%), suivi du manque d'accompagnement humain (22%).



C'est ici toute la limite des transports adaptés s'ils ne sont pas assortis d'un accompagnement spécifique, qui vient toutefois alourdir encore le coût globale.

Initiatives départementales et locales :

Initiative sur la Communauté de communes de Segré, étendue depuis le 1er mars 2009 aux Communautés de communes d'Est Anjou et de Candé (depuis le 1er mars 2009) : « Voitur'Âge, service solidaire assuré par des bénévoles qui se rendent disponibles pour transporter des personnes à mobilité réduite. Soutien des travailleurs sociaux de la MSA, le CLIC de Candé Ouest Anjou et des représentants de 6 CCAS.

Mise en place en septembre 2009 d'un transport solidaire dans la Communauté de communes du canton de Montrevault, en lien avec la MSA. Ce transport est basé sur le bénévolat et l'échange.

Le schéma des déplacements, qui sera adopté pour les années 2011 à 2021, permet de structurer l'offre départementale à travers la mise en place d'un **Transport à la demande à l'échelle du département**. Ce TAD ne sera pas réservé à un public spécifique (contrairement aux services déjà développés dans le département), et fonctionnera au sein de 16 bassins de transports définis selon des logiques intercommunales au sein desquels

les personnes pourront se déplacer. Le TAD sera alors ouvert toute la semaine, pour toute sorte de motifs. La mise en place du TAD a associé dans la réflexion l'ensemble des acteurs (associatifs, institutionnels, …), et devrait permettre de développer une offre adaptée à l'échelle de l'ensemble du territoire.

Le Conseil général favorise la mobilité des bénéficiaires du RSA, préalable à leur insertion sociale comme professionnelle.

Sur les transports collectifs, on note qu'une tarification sociale existe depuis 1999 sur le réseau Anjou Bus (prix unitaire du voyage à 0,50 €) et bénéficie à 15 % du public RMI du département.

Pour favoriser la mobilité individuelle, le Conseil général (le Service Insertion et le Service jeunes) **finance le passage du permis de conduire** (**130 00 euro par an**). À Angers et à Cholet, il soutient également une action de préparation à l'examen du permis. En outre, il finance 8 points mobilité mettant à disposition des deux roues. 80 personnes, majoritairement des jeunes, ont recours à ce service.

B) L'insertion sociale

1. L'accompagnement vers l'autonomie des jeunes et des adultes

Un certain nombre d'actions sont mises en place au sein du département, permettant de favoriser l'autonomie des jeunes et des adultes.

Tout d'abord, les actions étudiées précédemment y concourent : aides accordées au titre de la Bourse de l'autonomie, du FAJ ou encore du FSL. Les circonscriptions d'action sociale réalisent également un accompagnement à ce titre, à travers tant un accompagnement individuel, qu'une intervention sociale collective. Il peut s'agir d'aides financières et d'accompagnement budgétaire, ou encore d'accès au logement ou à la vie sociale.

Les comités locaux pour le logement autonome des jeunes ont été créés en 1994 à l'initiative de la DDASS, avec pour mission de favoriser l'accès au logement autonome des jeunes de 16 à 30 ans, déjà engagés dans une démarche d'insertion sociale et professionnelle (intervention dans le Pays Baugeois pour permettre l'accompagnement de 150 personnes).

La DDETFP porte le dispositif expérimental issu du Plan Espoir Banlieue, les Contrats d'autonomie, pour les jeunes habitant en zone CUCS. 200 nouveaux contrats ont été signés en 2009. Les résultats, avec un taux de sorties positives de 45 %, sont meilleurs qu'au niveau national (33%).

Par ailleurs, l'État développe un certain nombre de structures d'hébergement, qui organisent un accompagnement social dans le but de conduire à terme à l'autonomie des personnes hébergées. Ces structures bénéficient du soutien du Conseil général dans la mise en œuvre de l'accompagnement social.

Les **résidences sociales** se sont développées en France. Créées par trois décrets du 23 décembre 1994, elles répondent à différents types de besoins, à partir d'un projet social adapté au public accueilli. La résidence sociale doit s'inscrire dans le cadre du plan local de l'habitat, du plan départemental d'hébergement d'urgence et du PDAL-PD. Les résidences sociales sont composées d'un ensemble de logements conventionnés, destinés à constituer une solution de logement transitoire, pour des ménages aux ressources limitées qui souhaitent disposer d'un logement meublé et d'un minimum de services collectifs (Foyers de jeunes travailleurs ou encore Foyers de jeunes migrants).

Le terme de résidence sociale englobe notamment les structures pour jeunes en mobilité (« **Foyers de jeunes travailleurs** »). Cette offre s'adresse à des personnes autonomes mais qui peuvent avoir besoin d'un accompagnement social. Le département compte **1 499 places** de **foyer de jeunes travailleurs** et l'offre est principalement concentrée sur les pôles urbains : 1 238 places à Angers, 136 places à Cholet et 125 places à Saumur. Le taux d'équipement régional calculé à partir de la population des 16/25 ans montre un taux important dans le Maine-et-Loire (14,59 en 2009 contre 9,86 pour la région). Des **conventions sont passées entre le Conseil général et les FJT** depuis 1996, afin de favoriser l'accompagnement socio-éducatif des jeunes, dans le but de leur permettre l'accès à un logement autonome le plus rapidement possible. Le Conseil général a su développer une politique volontariste à ce sujet, et finance aujourd'hui de manière importante les FJT.

Trois **Foyers de travailleurs migrants** sont situés sur le territoire, comptant respectivement 319 logements à Angers, et 140 à Cholet et ayant permis un hébergement de 394 ménages entre le 1er janvier et le 31 juin 2009. Gérées par l'ADOMA, les FTM permettent l'intervention de trois travailleurs sociaux, financés par le Conseil général, l'État et les agglomérations. Un accompagnement global est réalisé, auprès d'un public fragilisé et confronté à des problématiques lourdes (problèmes de comportement, absence de soins, addiction, …). 156 personnes ont été accompagnées pendant les six premiers mois de 2009. Sur 17 ménages accompagnés et sortis de l'une de ces structures sur la période du 1er au 30 juin 2009, 10 sont sortis vers le logement autonome.

Les deux résidences sociales, situées sur l'agglomération d'Angers –Résidence Gate et Résidence Guy Mocquet–, ont pour fonction l'accueil temporaire de familles ou de personnes isolées dans un processus de recherche de logement (demande de logement réalisée en amont) et comptent 35 logements. La durée moyenne de séjour, qui était de 9 mois à l'ouverture, est aujourd'hui de 1 an et 1 mois.

Pour ces cinq résidences, le Conseil général, via le service Habitat et cohésion sociale, participe à l'accompagnement des ménages.

Par ailleurs, un type de logement durable a été développé, pour accueillir des personnes fragilisées (à faibles ressources et qui éprouvent des difficultés à accéder à un logement décent ou à s'y maintenir). Il s'agit de **maisons relais**, qui ne sont alors plus de l'hébergement temporaire. L'objectif recherché est de loger durablement les personnes (anciennes « pensions de famille »).

Concernant les **maisons relais**, quatre structures sont ouvertes à ce jour dont 3 sur Angers, pour une capacité totale d'hébergement de ces structures de **55 places**. Deux structures ont ouvert après la fin de l'année 2008. Le taux d'équipement régional rapporté à la population

des 20/74 ans est passé de 0,13/1000 en 2008 à 0,17 en 2009. Le Maine-et-Loire se situe en dessous de cette moyenne : il est passé de 0,08 à 0,11. Le Conseil général soutient ces maisons dans le cadre de l'accompagnement social lié au logement dont bénéficient les personnes.

Le Conseil général participe au fonctionnement d'une maison relais implantée en milieu rural « Brin d'Espoir » (à Vern d'Anjou) – en assurant une prestation d'accompagnement –, gérée par l'Association l'Abri de la providence qui peut accueillir 13 personnes en logement individuel, à faibles ressources et n'étant pas en mesure de vivre de façon autonome dans un logement, tout en ne relevant pas d'une prise en charge spécialisée. Par ailleurs, les résidents de la maison sont amenés à réaliser des accueils de groupes : enfants des CLSH, adultes ou enfants handicapés.

Enfin, un Relais familial situé à Saumur permet de prendre en charge des femmes qui ont des enfants en bas âge ou qui sont enceintes. Le Conseil général participe au titre de l'accompagnement social lié au logement, mais également dans le cadre du soutien à la parentalité. Ces actions sont réalisées en lien étroit avec l'ASE.

Si ces structures sont localisées pour le moment essentiellement dans les agglomérations, les contrats de territoire constituent un levier réel du développement de projet au sein des EPCI situées en milieu plus rural. Ainsi, le Conseil général a proposé le financement d'études sur le logement des jeunes dans le cadre de ces contrats, afin de réaliser une étude des besoins sur le territoire de l'EPCI (et permettant par la suite de soutenir des projets : 9 communes au 31 novembre 2009 ont souhaité réaliser une telle étude). Des actions expérimentales sont déjà menées en ce sens. Ainsi, L'association Logement et Habitat en Loire, située dans le Baugeois, propose des logements intergénérationnels, et cette action innovante est soutenue financièrement par le Conseil général.

Le PTI 2010-2012 souhaite favoriser la mise en place d'une « plateforme partenariale en matière de logement et d'hébergement », associant le Direction départementale de la cohésion sociale et le service habitat, et permettant ainsi de centraliser l'offre existante. Par ailleurs, une commission locale multi partenariale doit également voir le jour.

Si le PTI 2010-2013 permet d'afficher la nécessité d'un partenariat entre la Direction départementale de la cohésion sociale et le service habitat du Conseil général, à travers la mise en place d'une « plateforme partenariale en matière de logement et d'hébergement » et d'une commission locale pluri partenariale, un spectre plus large d'acteurs doit être associé à ce dispositif spécifique d'accompagnement vers l'autonomie en « logement adapté ». Ainsi, le partenariat avec l'ASE dans le cadre de la Maison relais de Saumur, en constitue un bon exemple.

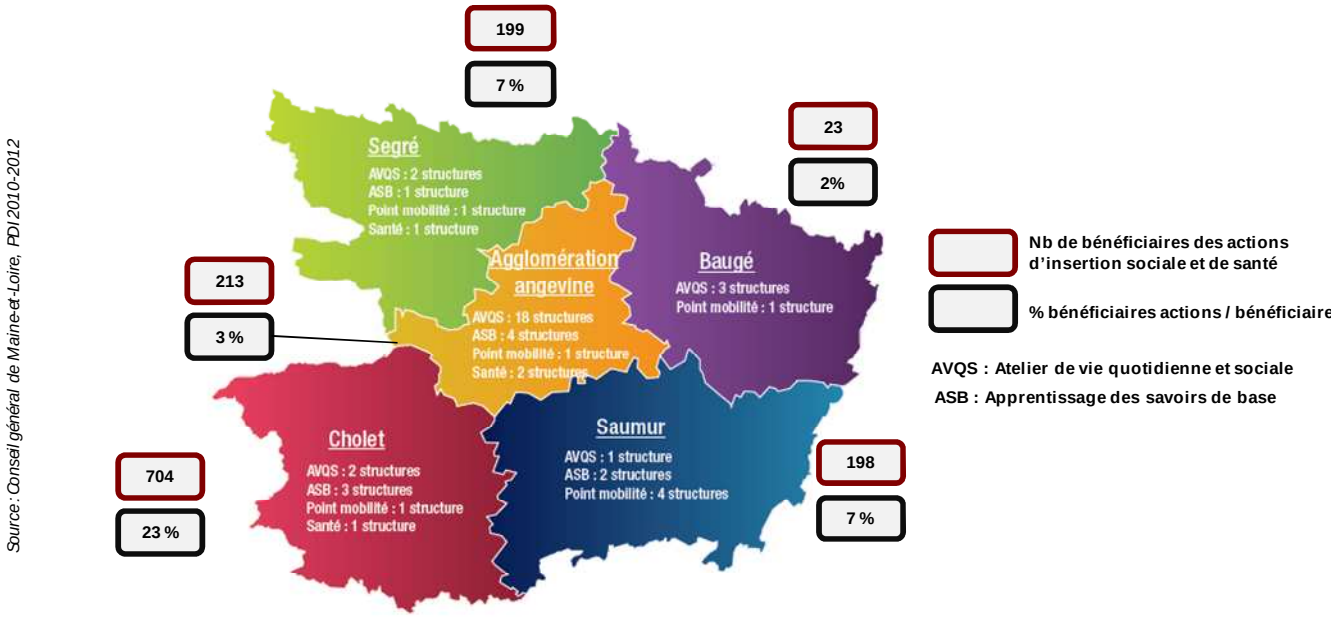
Initiatives départementales et locales :

Angers Loire Métropole a ouvert un service depuis Novembre 2009, comprenant 2,5 ETP de travailleurs sociaux, ayant pour objet d'accompagner vers le logement et le maintien en logement les personnes sortant de dispositifs d'hébergement, celles en sortie d'incarcération, celles en voie d'expulsion ou reconnues prioritaires pour l'accès à un logement.

La Direction de l'équipement a lancé une étude sur le logement des jeunes, en lien avec le Conseil général et les 3 agglomérations, qui devraient permettre de dégager un plan d'action.

2. Insertion professionnelle et accompagnement social

L'insertion sociale représente **29% des crédits** inscrits au PDI. Cette structure de financement correspond à l'orientation tournée vers l'emploi de la politique du Conseil général.



Source : Conseil général de Maine-et-Loire, PDI 2010-2012

Le Conseil général finance **25 ateliers de vie quotidienne et sociale** sur le département, qui concentrent la moitié du budget dédié à l'insertion sociale. Ils concernent annuellement **740 bénéficiaires**. Ces ateliers ont pour but de développer l'autonomie sociale des bénéficiaires très en difficulté, par la socialisation, la confiance en soi. 17% des personnes ayant suivi ces ateliers ont retrouvé un emploi. Les ateliers sont présents sur les territoires qui sont peu couverts par des centres sociaux. Le département compte 24 centres sociaux agréés CAF (réunis dans une fédération départementale) et 2 centres sociaux « familles rurales », qui représentent des partenaires précieux pour mettre en œuvre des actions d'insertion sociale. On relève des zones insuffisamment couvertes (le Segréen) ou couvertes par des structures peu dynamiques.

En territoire, les équipes de travailleurs sociaux montent également des actions collectives (de l'ordre de 5 à 6 par an) à destination des bénéficiaires du RSA. Sur l'ensemble du territoire, 180 Assistants sociaux polyvalents et 15 assistants sociaux spécialisés insertion mettent en œuvre l'accompagnement social lié à l'insertion.

L'accompagnement des bénéficiaires mono-parents (bénéficiaires du RSA majoré, ex-API) va faire l'objet d'une offre de service des CAF et de la MSA.

3. La politique de la ville

Le Conseil général participe au financement de la Politique de la Ville à trois titres : les **Contrats urbains de cohésion sociale** (CUCS), le dispositif Ville Vie Vacances de l'ACSE et les **Programmes de renouvellement urbain** (PRU).

Les CUCS ont fait suite aux Contrats de ville, achevés en décembre 2006, et permettent de réunir une pluralité d'acteurs. On compte trois CUCS au niveau du département – Angers agglomération, Cholet et Saumur –, sur la durée 2007/2009, renouvelés jusqu'en décembre 2010. Constatant les difficultés sociales auxquelles sont confrontés les habitants des territoires prioritaires, le CUCS a groupé au sein de 5 thématiques les axes d'intervention : l'accès à l'emploi et le développement économique ; l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie ; l'action éducative (réussite scolaire, sport, culture, parentalité…) ; la citoyenneté et la prévention de la délinquance ; l'amélioration de la prévention et de l'accès à la santé.

Le Conseil général du Maine-et-Loire a fait le choix lors de la signature des trois CUCS de **participer au financement** des actions intervenant dans le cadre de trois thématiques : la parentalité/les jeunes, l'insertion sociale et le logement. Pour l'ensemble des CUCS du département, le conseil général est intervenu en 2009 **à hauteur de 460 000€** pour l'année 2009, dont 56.652 euros pour le CUCS d'Angers, 103.740 euros pour Cholet et 102.740 euros pour Saumur. S'ajoute le financement de 155.668 euros au titre des correspondants de nuit à Angers et Trélazé (action qui rentre dans le champ de la prévention de la délinquance). Cette subvention des correspondants de nuit est en place depuis 1999 à Angers, et 2007 à Trélazé, et permet à des professionnels d'intervenir sur des quartiers prioritaires la nuit. Le budget du Conseil général à ce titre a augmenté, + 80% entre 1999 et 2007 en ce qui concerne Angers.

Le Département souhaite travailler sur la **clarification de son intervention auprès des partenaires** (avec notamment une confusion autour du financement des correspondants de nuit), ainsi que le respect des priorités fixées pour l'octroi des subventions CUCS.

Par ailleurs, le Conseil général participe au financement du **dispositif Ville Vie Vacances** (VVV), dont la répartition des subventions allouées est examinée lors des instances CUCS. De ce fait, le technicien du Conseil général chargé de la politique de la ville s'est également vu confier la gestion des crédits VVV des agglomérations bénéficiaires d'un CUCS. Ce dispositif permet à des préadolescents en difficulté de bénéficier d'un accès à des activités de loisirs et d'une prise en charge éducative durant les différentes périodes de vacances scolaires.

Le Conseil général intervient également au titre du Programme de Réussite Éducation. Si les responsables de circonscription ont été amenés à participer aux instances de réflexion relatives au PRU, ce n'est plus le cas aujourd'hui, sauf lorsqu'ils ont à présenter des situations qui les concernent.

4. L'accessibilité à la vie citoyenne

La notion d'accessibilité à la vie citoyenne s'entend à la fois comme la participation à l'exercice des droits civiques et aux instances de concertation publique, mais recouvre plus largement la participation à la vie de la Cité, sous tous ses aspects.

- L'accessibilité à la Cité (locaux)

La loi du 11 février 2005, relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées, vise à permettre une insertion des personnes handicapées dans la Cité, avec une mise en accessibilité de tous les lieux publics. Deux concepts sont développés dans le cadre de cette loi, à travers « **l'accessibilité à tous de tout** » : l'élargissement de la notion de handicap, et la prise en compte du handicap sur l'ensemble de la chaîne de déplacement. Celle-ci, qui comprend « le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur inter modalité, est organisée pour permettre son accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite » *(article 45).*
La loi fixe ainsi un cadre d'action aux collectivités, à travers trois obligations : la réalisation de diagnostics Établissements recevant du public (ERP), l'élaboration de Plans de mise en accessibilité de la Voirie et des aménagements des Espaces publics (PAVE) et la création de commissions communales et intercommunales.
En ce qui concerne tout d'abord les ERP, ceux-ci sont contraints à une mise en accessibilité avant le 1er janvier 2015. On compte aujourd'hui 13 000 ERP sur le département, et les demandes de mise en accessibilité sont en augmentation : les acteurs constatent une appropriation croissante de ce thème par les élus.

Initiatives départementales et locales :

La Chambre de Commerce et d'Industrie de Maine-et-Loire a organisé durant le mois de mars 2010 des réunions d'information en coopération avec la Direction des Territoires. Une réunion par « Unité territoriale » (Angers, Segré, Cholet, Saumur) s'est ainsi déroulée, à destination des commerçants. Ces actions permettent notamment de sensibiliser les petits commerces de catégorie 5.

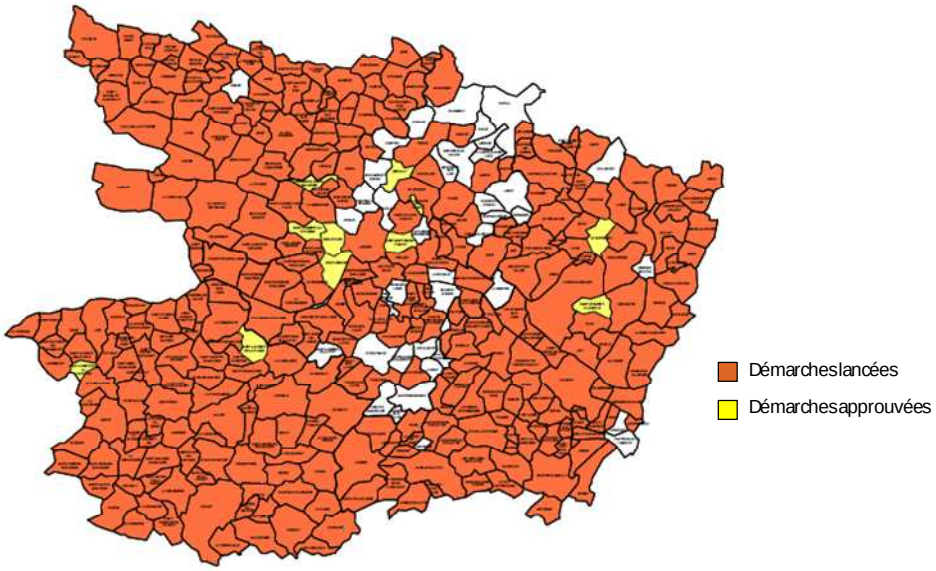
La D.D.T a mis en place un forum permanent : « **les matinées accessibles** » avec la participation de plusieurs partenaires (Préfecture, Union Nationale des Syndicats Français d'Architectes, Représentants d'associations de personnes handicapées, Comité Départemental au Tourisme, CAPEB, Membres de CCDSA, Accès Cité, Chambre de Commerce et d'Industrie ...), ayant pour but d'être des espaces d'échanges et de rencontres.

Par ailleurs, les communes étaient astreintes à l'obligation d'approuver des Plans de mise en accessibilité de la Voirie et des Espaces Publics (PAVE) avant le 20 décembre 2009. Ce document doit permettre de réaliser un diagnostic de l'existant, puis de mettre en place des groupes de travail afin d'obtenir une vision prospective sur les travaux à réaliser (précision

des conditions de réalisation et des délais, la mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics n'étant pas soumise à l'échéance du 1er janvier 2015).

La carte ci-dessous, mise à jour au 1er février 2010, permet d'indiquer l'état d'avancement des communes à ce sujet.

Plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics



Source : Direction départementale des Territoires de Maine-et-Loire, Février 2010

À ce jour, on compte seulement 11 communes ayant approuvé le PAVE. 312 démarches ont été lancées (c'est-à-dire à lorsque le conseil municipal a pris une délibération à ce sujet, et qu'une communication au public a été faie). Quelques communes n'ont à ce jour pas mené de réflexion (pas de délibération de lancement en Conseil municipal).

Ainsi, peu de communes ont pris en compte cette obligation pour le moment, même si les démarches sont lancées peu à peu. Cependant, si le Département est en retard en ce qui concerne le respect du délai législatif, il apparait comme un département « pilote » en comparaison aux autres départements de France : la Direction des Territoires a en effet menée un large travail d'information à ce sujet, et les départements voisins (Vendée, Charente ou encore Charente-Maritime) ne comptent encore aucune commune ayant lancé une démarche de PAVE. **Ainsi, avec 89% des Communes ayant approuvé ou lancé la démarche, le département apparait avancé dans la démarche de mise en accessibilité.**

Par ailleurs, une à deux communes des quatre unités territoriales ont vu la mise en place d'un PAVE dès 2007, « communes pilotes » (Noyant, Briollay ou encore Saint-Laurent-de-la-Plaine et Allones notamment).

Initiatives départementales et locales :

Les actions de communication réalisées par la Direction des Territoires dès décembre 2008 en direction des élus et des partenaires, à travers des réunions d'information, la mise en place d'un Comité de Pilotage ou encore la mise en ligne d'un grand nombre de documents sur leur site internet.

Par ailleurs, les EPCI ont vocation à jouer un rôle important dans ce cadre, qui doit s'articuler avec les communes, à travers la création de Commissions communales et intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées. En effet, le département de Maine-et-Loire possède la particularité d'avoir un territoire entièrement maillé par des Communautés de Communes (CC) et des Communautés d'Agglomération (CA), qui comptent toutes plus de 5 000 habitants et sont donc soumises à l'obligation légale. Elles vont disposer d'un rôle d'animation, de concertation et de bilan (avec une obligation par exemple de recenser les logements accessibles aux personnes en situation de handicap au 31 décembre 2009). Cependant, les EPCI ne se sont pas encore pleinement investis de ce rôle et la consolidation d'éléments de diagnostic n'a pas été réalisée.

- **L'accessibilité aux loisirs, à la culture et au sport**

Les activités culturelles et sportives

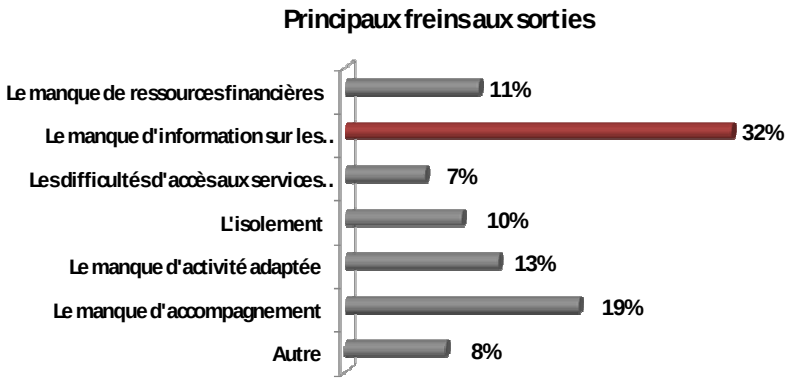
L'accessibilité des lieux culturels aux personnes en situation de handicap fait l'objet d'une prise de conscience récente, notamment par sa réaffirmation dans le cadre de la loi de 2005. La direction régionale des affaires culturelles des Pays de la Loire contribue à la mise en accessibilité des équipements culturels en termes d'usage et de service. Par ailleurs, la convention cadre culture / handicap, signée chaque année entre les DDASS / DRASS et DRAC, incite les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées à développer des actions culturelles pour et avec ces personnes.

Les possibilités offertes apparaissent cependant plus réduites en dehors des établissements, mais elles tendent à se développer, notamment par l'intermédiaire des associations de personnes handicapées. La ville d'Angers développe ainsi dans ses services municipaux (musées, bibliothèques, …) des espaces accessibles pour les personnes handicapées, ainsi que des événements et projets (développement d'un Agenda 21 culturel, …). La présence de groupes de référents techniques au sein des services permet d'intégrer la question de l'accessibilité dès le démarrage des réflexions autour d'un projet.

Le public en insertion va se heurter à une offre culturelle et sportive qui ne lui sera pas toujours accessible, en termes essentiellement de coût. Des aides sont mises en place au niveau des départements (tarifs spécifiques notamment).

Le public bénéficiaire de l'AAH, à la croisée d'une multiplicité de problématiques sociales souvent cumulées, permet d'identifier en partie les difficultés liées à l'insertion sociale par les activités de loisirs ou culturelles.

Interrogées sur les principaux obstacles à leurs « sorties », les personnes identifient le manque d'information constitue le principal frein aux sorties. Le manque d'accompagnement empêche également des sorties régulières dans 19% des cas. Le manque d'activité adaptée, l'isolement et le manque de ressources financières constituent également des freins aux sorties importants.



Initiatives départementales et locales :

Avec le soutien du Conseil général et de la Ville d'Angers, le Nouveau Théâtre d'Angers a consacré des moyens à l'accessibilité des personnes déficientes sensorielles au théâtre, grâce aux procédés d'audio-description, de sur-titrage individualisé et de traduction simultanée en langue des signes.

Mise en place à Cholet d'une bibliothèque sonore : l'association « les Donneurs de voix » permet aux personnes malvoyantes, non-voyantes ou ayant des difficultés de lecture, de se faire lire les ouvrages par des bénévoles.

Un certain nombre d'actions collectives sont mises en œuvre à l'échelle des circonscriptions, contribuant ainsi à l'accès à la vie culturelle et sportive : « Séjour famille » à Angers Ouest, « Les ateliers du jeudi » à Cholet Est, « Croix verte » à Saumur, ou encore « Les randonnées solidaires » à Segré.

Les activités sportives sont développées par le biais des associations « classiques » qui sont implantées sur l'ensemble du territoire national. Elles ne sont pas exclusivement offertes à Angers avec une **fédération Handisport** implantée notamment à Cholet ou à Saumur, tout comme le **loisir adapté**. La DDJS a par ailleurs fait une priorité du développement de la pratique sportive des personnes handicapées en 2009.

Par ailleurs, l'Association ESCA'L, soutenue financièrement par le Conseil général, met en place des activités de sport et de loisir en faveur des personnes présentant des troubles intellectuels et/ou psychiques. Elle prône une mixité en ce qui concerne les enfants, avec la présence de valides et de non valides – ce qui permet de mixer les publics et d'accueillir des fratries. Par ailleurs, les infrastructures sont intégrées à un groupe scolaire.

Une étude est actuellement en cours au sein du Conseil général (direction du patrimoine, de la culture et des sports) afin de réaliser un état des lieux de l'offre en matière de sport pour personnes handicapées.

Parmi les initiatives locales peut être citée la ville de Cholet, qui met en place un Forum « Vacances et loisirs adaptés », réunissant sur un même lieu les différentes offres d'activités sportives et culturelles adaptées, afin d'aider des personnes en situation de handicap à construire un projet de vacances ou de loisirs. Ces projets de vacances doivent pouvoir inclure l'entourage.

Plus largement, les acteurs souhaitent qu'une réflexion puisse aborder la question de la pertinence de la mise en place d'un Réseau, visant à conduire des actions spécifiques dans le champ de la vie sociale et à structurer les initiatives existantes.

Par ailleurs, les réflexions transversales sont à ce jour insuffisantes entre la DGA-DSS et la Direction du patrimoine, de la culture et des sports. Les liens se créent autour de projet ponctuels. Ainsi, des collaborations sont en place avec le secteur de l'enfance famille au niveau du sport (entre par exemple un club de hockey professionnel et le foyer départemental) ; des places peuvent être réservées au public en insertion professionnelle (dans le cadre du festival d'Anjou par exemple). La formalisation et l'organisation de ces relations ne pourraient être que bénéfiques, offrant la possibilité de développer une ligne de développement et une politique cohérente en matière d'accessibilité au public en difficulté ou en perte d'autonomie. Le nouveau cadre offert par le schéma unique peut être l'occasion d'instaurer un échange structuré entre les deux Directions (DGA DSS et Direction du patrimoine, de la culture et des sports), permettant de conduire une réflexion priorisée, en termes de public et d'action.

Initiatives départementales et locales :

La mise en place par la MDPH d'un guide « Anjou l'accessible », permettant d'indiquer les 75 équipements touristiques adaptés aux personnes en situation de handicap (activités de loisirs, parcs et jardins, expositions, …)

Enfin, des instances ont été mises en place au niveau du département, permettant de favoriser l'appropriation par l'usager de son statut de citoyen.

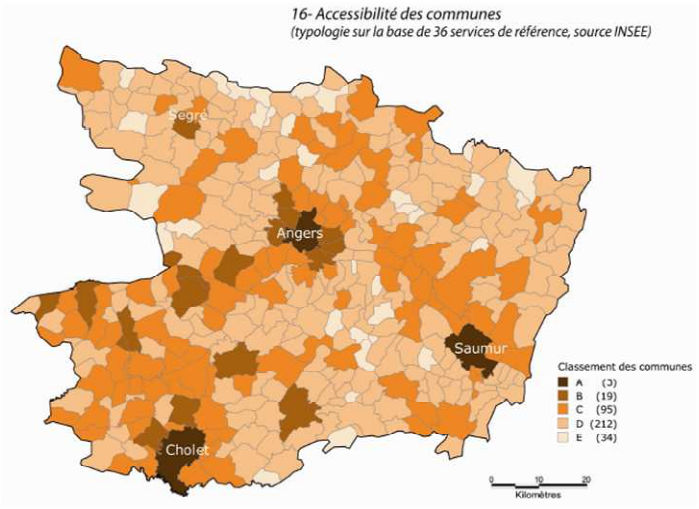
Ainsi, un mode de participation directe a été créé à Angers en 2002, à travers le Comité des usagers, qui fait figure de modèle (très peu de collectivités ont mis en place ce type d'instance). Il regroupe 50 personnes de 25 à 70 ans, permettant une entrée autre que par type de publics. Des groupes de travail sont mis en place et des expérimentations ont été réalisées par les usagers, pouvant aboutir à des validations de projets (création de chantiers de rénovation de logements sociaux en mauvais état). Le Comité permet en effet de tester de la pertinence des projets, afin d'apporter des solutions plus ancrées sur la réalité du terrain.

Par la suite, un Conseil local du handicap a été créé en 2006, avec les élus et les associations, permettant de donner un avis sur des projets ou d'en conduire. Une réflexion a ainsi été réalisée sur le Guide « Vivre Ensemble dans la ville d'Angers ».

La loi de 2002-2 a permis d'insuffler au sein des établissements et services une culture de participation, qui évolue encore aujourd'hui relativement lentement, eu égard aux difficultés à allier cette culture avec les pratiques professionnelles traditionnelles. Aujourd'hui la place de la parole de l'usager reste plus que jamais d'actualité.

C) La lutte contre l'isolement des publics vulnérables (dont le maintien des liens sociaux existants)

La lutte contre l'isolement concerne l'ensemble des publics en situation de vulnérabilité, et pose la question du lien social, à travers la création du lien ou le maintien de ce lien notamment pour le public âgé. Si le degré d'isolement n'est pas nécessairement corrélé au lieu d'habitation (avec un fort développement des solidarités familiales en milieu rural), l'inaccessibilité des services de première nécessité apparait comme un facteur important.



Ainsi, la carte permet de « mesurer » l'accessibilité des communes, par la réalisation d'un indice portant sur un panel de 36 services de référence.

Deux typologies se dégagent : les trois agglomérations, ainsi que le secteur des Mauges disposent d'une offre de services étendus, à l'inverse les trois secteurs ruraux de Segré, Baugé et Doué la Fontaine.

Par ailleurs, il s'agit des territoires qui compte une part de 75 ans et + plus élevée que dans le reste du département, ce qui pose ainsi la question de **l'isolement des personnes âgées**.

Pour une personne âgée, le choix du maintien à domicile est étroitement lié au degré d'autonomie dont elle peut bénéficier dans sa vie quotidienne. Pouvoir accéder relativement facilement aux équipements dits de proximité et aux équipements de santé est un enjeu social très important.

L'accompagnement des personnes âgées dans le maintien d'une vie sociale se doit d'être une priorité. Si aucun acteur du champ gérontologique n'est spécialisé sur ce champ, de nombreuses initiatives émergent, au niveau local principalement.

En effet, la participation et l'accès aux activités sociales, culturelles, associatives, s'exercent le plus souvent à une échelle locale, de proximité. Ainsi, trois maisons d'animation à Cholet concernent le public de plus de 50 ans par exemple. La MSA a mis en place dans le canton de Saumur-Sud une enquête en 2007 sur la vie sociale, dans le cadre du Contrat de développement social sur les territoires. Cette enquête a permis de révéler notamment l'isolement des personnes âgées en milieu rural : impliquant des besoins pour les jeunes retraités, notamment de portage de repas dans certaines communes.

Cependant, sur ces thèmes, une multitude d'acteurs sont amenés à intervenir, obérant la lisibilité des actions proposées et par là même la structuration de l'accompagnement social sur le territoire.

La question du maintien du lien social pose celle de la famille et de la place qu'il s'agit de lui donner dans ce cadre. L'atlas départemental gérontologique d'octobre 2009 indique ainsi la nécessité d'assurer un travail de « communication/valorisation » auprès de ces familles à travers des « actions intergénérationnelles, d'aides au répit ou saisonnières ».

Par ailleurs, les deux CAF du département contribuent au développement local et à l'animation de la vie sociale, permettant d'offrir un soutien aux familles pour maintenir, rétablir ou développer le lien social. La CAF de l'Anjou a ainsi financé 2 673 502 euros en 2008, soit 6% des dépenses globales d'action sociale. La CAF choletaise quant à elle a contribué à hauteur de 1 977 013 la même année, soit 18,3% des dépenses d'action sociale.
L'intervention des deux CAF consiste surtout à proposer des aides (contributions techniques et financières) aux services, équipements et actions qui ont pour mission de mettre en place des projets en faveur des familles et de la population, dans un objectif de lutte contre l'isolement et de maintien du lien social. Ainsi, les centres sociaux sont aidés, permettant d'ouvrir un espace de proximité pour l'ensemble des habitants d'un territoire, et de développer le partenariat entre l'ensemble des acteurs de la politique sociale (acteurs institutionnels –services de l'État, Conseil général, CAF-, collectivités locales ou encore associations). Les centres sociaux participent à l'animation et à la création du lien social entre tous les habitants d'un quartier. Ils affichent des objectifs intergénérationnels et de mixité sociale. Leur mission de prise en charge des besoins locaux par les habitants eux-mêmes participe largement au dispositif de prévention. Fonctionnant selon les principes de neutralité, de proximité et de polyvalence, les centres sociaux constituent des lieux de soutien, de sensibilisation et d'information de proximité. Ils ont pour mission principale de développer des actions socio-éducatives pour les jeunes et les familles, afin de lutter contre l'exclusion. Le département compte **34 centres sociaux** agréés par la CAF (dont 12 agréés par la CAF de l'agglomération choletaise, 5 à Cholet et 7 en milieu rural).
Enfin, les CAF soutiennent financièrement le réseau associatif qui développe une action spécifique de proximité au service des habitants, notamment dans le cadre de la lutte contre l'isolement (fort soutien de la Fédération Départementale des Familles Rurales).

Initiatives départementales et locales :

La Mutualité Française Anjou Mayenne a construit en 2004 un établissement qui comportait un EHPAD et un multi accueil petite enfance, sous forme d'unités de vies (6 unités de 10 personnes, une de ces unités est plus particulièrement destinée aux personnes handicapées vieillissantes), permettant ainsi de mettre en place un véritable pôle intergénérationnel.

L’association « Ciel Bleu » propose des cours de gymnastique de prévention.

Dans le cadre de l’accompagnement à domicile, l’UNA a mis en place des séances à destination des personnes âgées dans le but de leur apprendre à sortir de nouveau hors de leurs domiciles. Environ 20 personnes sont aujourd’hui accompagnées dans ce cadre spécifique.

La plate-forme Anjou Domicile, a mis en place le « Chèque Sortir Plus », permettant aux personnes prises en charge de sortir à l’extérieur, accompagnées par les professionnels de l’aide à domicile.

Chapitre IX : Le pilotage

IX. Le pilotage

Présentation

La réalisation d'un schéma unique est déjà un acte fort de changement dans le pilotage des dispositifs. Le passage d'un mode de régulation devant composer avec le caractère épars et segmenté des problématiques, à celui d'un décloisonnement pour un accompagnement global, participe d'une nouvelle gouvernance. Celle-ci ne met plus seulement l'usager au centre du dispositif mais oblige les dispositifs à dépasser leur frontière, à étendre leur cadre d'action, à bouger toutes les lignes.

La fonction de pilote induit plusieurs conditions et son efficacité se mesure à l'aune de plusieurs constats.

Il s'agit en premier lieur, pour le Conseil général, de pouvoir mettre en place des circuits efficaces d'information. C'est le cas notamment pour les informations préoccupantes, cadre imposé par la loi et qui avait, du reste, était largement anticipé dans le Maine et Loire. D'une manière générale, la fonction d'observation (et les outils qu'elle appelle de mettre en place ou de structurer) doivent être interrogés.

En deuxième lieu, le pilote doit composer ici avec une multiplicité de co-pilotes, certains agissant dans plusieurs champs d'intervention communs. La construction du partenariat aura donc des degrés variables d'intensité et nécessitera la mise en place d'éléments plus ou moins étayés de structuration. Dialoguer, échanger, initier avec l'Éducation nationale ou la future ARS n'a pas les mêmes implications que de travailler avec un CCAS : ce dernier ne saurait pourtant être un acteur négligé (il ne l'est pas en effet) et appelle des ajustements dans le type de réponses qui peuvent être apportées (les conventions n'étant pas toujours l'instrument le plus adapté).

En troisième lieu, il est nécessaire que le pilote puisse travailler avec lui-même sans souffrir de schizophrénie. Si c'est toujours le propre de n'importe quelle organisation de devoir procéder à des arbitrages en raison d'une confrontation des points de vue, la sensibilité du sujet (accompagner des individus qui sont en demande) et le caractère souvent urgent des situations, les oppositions et illogisme de dispositifs, de modes de financement, de cloisonnement des services, de segmentation des champs d'intervention, peuvent rapidement mener à une action contraire à celle qui était souhaitable et attendue. Ce type de craintes ne saurait être que marginal. Pourtant les passerelles entre les directions à vocation sociale sont encore peu nombreuses. Celles avec les autres directions du Conseil général sont aussi exemplaires que rares.

Comme le posait l'introduction à cette évaluation, le principal objectif du schéma unique réside sans doute dans la capacité de ce diagnostic à poser l'action de tous, Conseil général et partenaires, pour mieux identifier les responsabilités que chacun doit être capable de prendre, mais aussi pour identifier des nouveaux instruments de pilotage, un nouveau mode de gouvernance.

A retenir

Atouts :

- Le maillage du territoire par les CLIC

- L'existence des réseaux spécialisés (gérontologiques, de santé…) permettant de prendre en charge une diversité des problématiques

- Un partenariat solide et structuré dans le temps avec les principales institutions des dispositifs (Justice, Education nationale, DDASS…)

- Un dispositif d'IP efficace que doivent encore s'approprier les acteurs

- La mise en place de deux observatoires spécialisés

Points d'amélioration :

- Le manque de liens entre les secteurs Enfance et Adultes Handicapés (dont l'ASE)

- Une transversalité interne au Conseil général qui demeure à construire

- Une information à l'attention des usagers encore diffuse et dispersée

- Une transversalité interne au Conseil général qui demeure à construire

- Une information à l'attention des usagers encore diffuse et dispersée

A) La coordination autour du parcours de la personne

1. Éviter les ruptures de parcours

Les parcours des personnes accompagnées par les dispositifs médico-sociaux sont sous-tendus par les risques de ruptures. Si celles-ci peuvent être consécutives à la volonté de l'usager, qui ne souhaite plus être accompagné au sein du dispositif, elles sont généralement dues à un cloisonnement entre l'ensemble des dispositifs.

Le passage à l'âge adulte constitue un point d'achoppement, au sein d'un même dispositif (handicap) mais également entre plusieurs dispositifs dont la coordination n'a pas fait aujourd'hui l'objet d'une réflexion entre les acteurs.

Les ruptures de parcours relatives au passage du dispositif enfance handicapée au dispositif adulte

Trop peu de liens existent entre le secteur de la prise en charge des enfants et celui de la prise en charge des adultes.

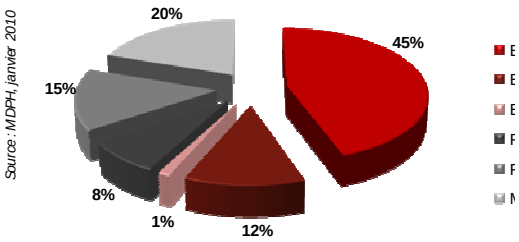
Les seules passerelles vraiment identifiables sont les filières (qui n'induisent pas toujours, par ailleurs, une préparation au changement de structure). Il en résulte :

- un effet pervers maintenant la personne en situation de handicap toute sa vie au sein d'une seule et même association, voire d'un seul et même site (cet état de fait répond certes à l'attente des parents et facilite la gestion des établissements ; toutefois beaucoup s'interrogent sur le contenu et la réalité du projet de vie qui laisse peu de choix à la personne handicapée)

- des ruptures de trajectoire, le jeune sortant du dispositif (il arrive très souvent qu'il revienne en urgence dans le dispositif quelques années après)

- des difficultés de prise en charge dans les structures adultes

- des situations d'amendement Creton justifiés par un manque de place mais aussi par le manque d'accompagnement adapté à certains handicaps dans les structures adultes



En février 2010, le département de Maine-et-Loire compte **168 jeunes** accueillis au titre de l'amendement CRETON.

Sur les 168 jeunes, 57% attendent une place en ESAT. Les difficultés semblent ainsi se concentrer sur cette orientation. Par ailleurs, les places en établissements de type FAM ou MAS sont également très concernées (représentant 32% des attentes).

Enfin, il apparaît important de souligner l'évolution du nombre de jeunes accueillis au titre de l'amendement CRETON, entre fin 2006 et le 1er janvier 2010. Alors même que l'effort du département en termes de création de places est important, le nombre « d'amendements CRETON » a augmenté d'un peu moins de 37%.

Cependant, ce constat doit être nuancé. En effet, sur l'ensemble des amendements Creton, **seuls 27 jeunes relèvent d'une prise en charge du Conseil général de Maine-et-Loire**, les autres provenant de départements limitrophes (ce constat s'explique par le grand nombre d'établissements pour enfants handicapés au sein du département) ou bénéficiant d'une orientation relevant de l'État.

	Nombre de jeunes relevant de l'amendement CRETON en 2006
Loire-Atlantique	45
Maine et Loire	**123**
Mayenne	17
Sarthe	74
Vendée	70
Pays de la Loire	329

Source : Etude régionale sur le devenir des enfants en IME 2007

Par ailleurs, les chiffres de 2006 faisaient état de 123 jeunes accompagnés au titre de l'amendement CRETON au sein du département, représentant ainsi plus d'un tiers de l'ensemble des amendements CRETON de la région. Ces données permettent de mettre en exergue le nombre élevé de ces jeunes adultes dans le Maine-et-Loire.

Ces constats impliquent des situations d'enfants, maintenus parfois pendant 5 ou 10 ans à ce titre au sein d'établissements qui ne sont plus adaptés à leurs besoins. Par ailleurs, l'absence de places au sein des dispositifs adultes obère l'ensemble du dispositif, ne permettant pas aux enfants cherchant une place d'être toujours accueillis. On compte aujourd'hui un peu moins de 200 enfants « sur liste d'attente », et si les jeunes accueillis au titre de l'amendement CRETON pouvaient être accompagnés au sein d'établissements adultes, il n'y aurait plus de liste d'attente pour les établissements enfants au sein du département. Les difficultés liées au manque de places en établissements adultes, qui ont tenté d'être réduites dans le cadre du précédent schéma, semblent donc encore se poser.

Les ruptures de parcours relatives au passage d'un dispositif à l'autre

Il n'existe pas non plus de liens étroits au sein du Conseil général entre l'ASE et le secteur handicap adulte. Par ailleurs, si la Bourse à l'autonomie des jeunes, dispositif de la Direction insertion habitat, permet d'apporter une aide aux jeunes du dispositif de l'ASE, les passerelles doivent être nécessairement travaillées plus avant.

La sortie du dispositif d'enfants qui pourraient nécessiter, soit un accompagnement en structures, soit un suivi par des services, devrait s'organiser à partir d'outils et de protocoles structurés.

Initiatives départementales et locales :

La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire spécifique pour les 16-25 ans au sein de la MDPH, permettant ainsi de travailler la question de la pré-insertion et de l'insertion professionnelle.

Le mouvement impulsé par le précédent schéma à travers la création de SESSAD professionnels (SESSAD Pro ITEP le Colombier, et IME les Sables), permettant grâce à une dérogation de la DDASS d'accompagner les jeunes de 16 à 25 ans.

La création d'un nombre important de places pour adultes handicapés en cinq ans (plus de 300 places créées dans le cadre du schéma départemental 2005-2010).

2. La coordination autour des structures locales

Les structures locales jouent un rôle prégnant dans le parcours de l'usager. Elles vont ainsi permettre de travailler la fluidité et la cohérence du parcours.

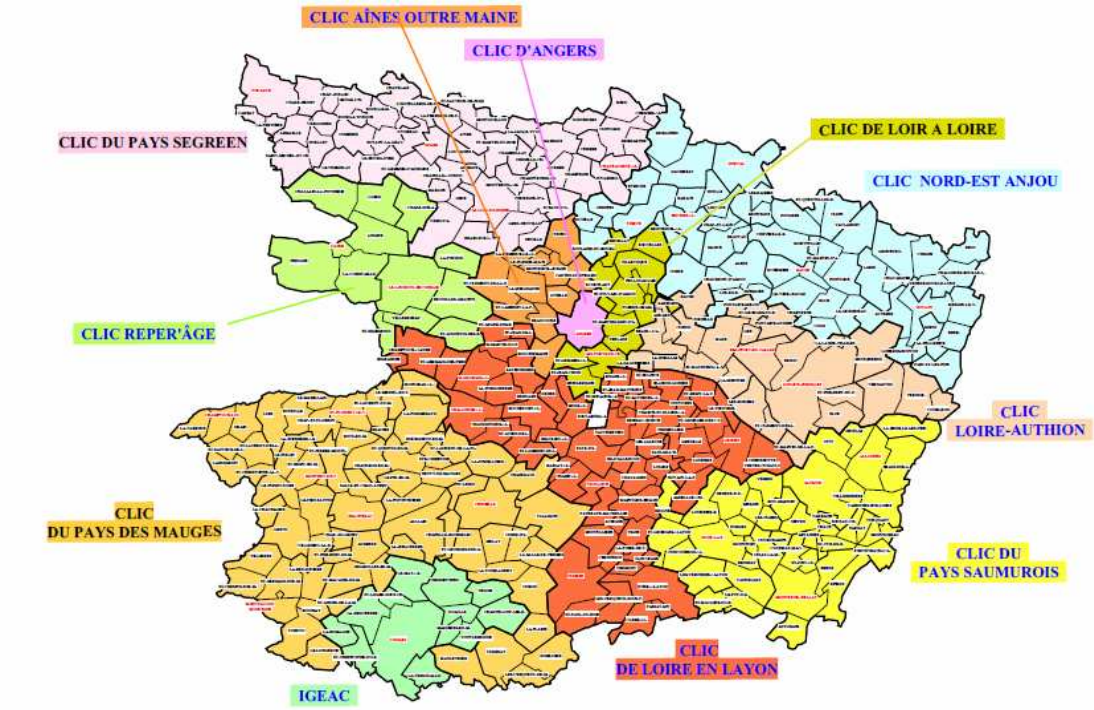
Plus encore que dans le secteur du handicap, où l'effet filière présente de lourds inconvénients mais est en soi structurant, la gérontologie nécessite la mise en œuvre d'actions fortes de coordination et la mise en place d'une structure de coordination gérontologique est un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs du département.

Ces dernières ont pu notamment passer par la création des CLIC (12). Dans le Maine-et-Loire, comme dans la plupart des départements, ces instances ont souffert : d'un manque de légitimité, d'un manque de visibilité, d'un manque de lisibilité et d'un profond isolement.

Malgré une couverture du territoire intégrale, plusieurs difficultés ont été soulevées :

- L'incertitude des CLIC quant aux missions qui leur sont assignées
- La fragilité du réseau, avec des CLIC isolés géré par un personnel insuffisant

Carte des CLIC du Maine-et-Loire, Avril 2010



Initiatives départementales et locales :

Travail de coordination entre certains CLIC et les circonscriptions en ce qui concerne la répartition des compétences (sous forme de réunions permettant de formaliser les partenariats et les missions de chacun)

La Charte de coopération territoriale des services d'aides à domicile, permettant de structurer le dispositif sur l'ensemble du territoire

Les CCAS interviennent également auprès du public et réalisent une action de coordination.

Par ailleurs, des réseaux spécifiques ont été développés, notamment dans le secteur gérontologique.

On compte ainsi plusieurs **réseaux de santé gérontologique** : le Réseau gérontologique Sud-Saumurois (basée à Doué-la-Fontaine, qui dispose d'une file active de 200 personnes), créé en 1999, complété par un Réseau saumurois de soins palliatifs, le Réseau gérontologique des Mauges-Bocage-Choletais et le Réseau d'Angers. Ils ont notamment pour mission de coordonner les différents intervenants pour assurer la cohérence des prises en charge, et de préserver le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Parmi les attentes fortes à leur égard figure une meilleure articulation entre les secteurs médical et médico-social.

Par ailleurs, un certain nombre d'initiatives existent au niveau local, comme à Angers par exemple à travers l'association Pass'Âge (plateforme d'accueil, de service, de suivi et d'aide gérontologique), support de la plateforme gérontologique créée sur l'agglomération Angers Loire métropole, dont la finalité est d'améliorer la prise en charge sanitaire et médicosociale des personnes âgées en situation très complexe et fragile.

Si les réseaux permettront sans doute de réduire le nombre de ruptures de prise en charge, l'ensemble du territoire ne pourra bénéficier de ces mises en commun des compétences. Une information gagnerait donc à être organisée afin de diffuser les pratiques qui pourraient découler de cette nouvelle modalité de collaboration.

Dans le cadre de l'insertion, l'élaboration des PTI, impact important de la nouvelle réglementation, devrait permettre à terme d'affiner la coordination sur les territoires.

Initiatives départementales et locales :

Création d'un nouvel espace à Angers en septembre 2008, réunissant un foyer-logement, le CLIC, l'association Pass'âge et le Réseau gérontologique Angevin notamment

Mise en place d'une plate-forme gérontologique associant le CLIC d'Angers et le Réseau gérontologique, avec la création d'un numéro vert. 202 personnes ont été prises en charge entre sa création et fin 2009 et 953 personnes ont appelé le numéro vert de janvier à novembre 2009.

Projet d'un Pôle pluridisciplinaire de santé dans le saumurois, avec une collaboration étroite entre le réseau gérontologique, le réseau de soins palliatifs, l'HAD, les CLIC et le regroupement des professionnels de santé libéraux

B) La coordination entre l'ensemble des Directions du Conseil général

L'ensemble de ce schéma vise à faciliter le partage de connaissance entre les différentes directions à vocation sociale du Conseil général.

Il apparaît très clairement qu'aujourd'hui la transversalité n'est pas structurante en soi au sein du département. Les liens sont entre les directions sont épars, disséminés, identifiables en fonction des interlocuteurs. Les habitudes de travail en commun sont peu nombreuses et dépendent d'initiatives individuelles beaucoup plus que d'une stratégie globale.

Ce constat – sur la forme un peu sévère – est sur le fond relativement inéluctable. Il ne signifie pas que le Département ne sait traiter de problématiques dans leur globalité : l'action des circonscriptions dans les territoires serait un parfait contre-exemple. En revanche, les réflexions communes, les sémantiques partagées, constituent le principal enjeu de ce schéma unique.

Par ailleurs, les liens avec les autres services du Conseil général (patrimoine, transport, collège…) sont à construire dans leur intégralité.

C) La coordination avec les partenaires

Le département de Maine-et-Loire bénéficie d'une **culture partenariale très riche**.

Cependant, il n'échappe pas aux difficultés qui se posent dans un grand nombre de départements français, à savoir la coordination de ces échanges et la mise en place d'un réseau entre l'ensemble des acteurs intervenants.

1. Le secteur sanitaire

Le Conseil général a affiché comme nette priorité lors du précédent schéma gérontologique 2008-2010, la nécessité de mettre en place « une offre gériatrique d'immédiate proximité et des filières gériatriques », qui soient ainsi un véritable soutien au maintien à domicile. Cette orientation avait déjà été souhaitée par le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-

2010 (SROS III), et déclinée par la suite au sein des Projets médicaux de territoire pour les territoires de Cholet, Saumur et Angers.

En ce qui concerne l'offre sur le territoire, on compte 1 Centre hospitalier universitaire à Angers, et 2 centres hospitaliers (Cholet et Saumur). Le département, à l'image de la Région, apparaît très bien pourvu en termes d'hôpitaux locaux : on en compte 13 sur le territoire, ainsi que 8 cliniques, qui fonctionnent en lien étroits avec les hôpitaux (avec une localisation géographique sur le même site ou la mise en place de conventions).

Concernant les soins de suite, on compte 18 sites sur le département ainsi que 2 sites de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, dont le C3RS d'Angers. Enfin, 2 équipes mobiles en soins palliatifs permettent de compléter le dispositif. Enfin, si le département possède une densité de médecins généralistes proche de la moyenne métropolitaine, on observe des déséquilibres patents sur le territoire, avec une moindre densité dans les zones rurales.

Le territoire semble disposer d'un **maillage sanitaire plutôt important**, permettant d'offrir un **service de proximité**. Seul le Nord-Ouest et l'Ouest du département (Champtoceaux ou Montrevault notamment) ne disposent pas de structures de proximité immédiate. L'enjeu consiste donc en la présence d'une filière de prise en charge gériatrique complète sur chaque territoire, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui.

Par ailleurs, la question du partenariat avec le secteur sanitaire apparaît prégnante à l'aune des développements précédents. Ainsi, la complexification des profils des jeunes et des adultes accompagnés au sein des dispositifs, en faveur d'une augmentation de la souffrance psychique rend nécessaire le développement de ce partenariat. Celui-ci apparaît encore insuffisamment développé et la question de la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social reste d'actualité et devra nécessairement être travaillée dans le cadre du schéma.

Initiatives départementales et locales :

La mise en place d'équipes mobiles de gériatrie et de géronto-psychiatrie sur le département

2. Les partenariats avec la Justice et l'Éducation Nationale dans le cadre de la protection de l'enfance

- La Justice

Le département du Maine-et-Loire est divisé en deux juridictions, ayant chacun leur ressort territorial : le Tribunal de Grande Instance d'Angers, et celui de Saumur. Les Présidents de TGI laissent une grande marge de manœuvre aux Présidents des Tribunaux pour Enfants.

Le décret 2008-107 d'août 2008 instaure l'existence d'un magistrat coordonnateur lorsque le Tribunal Pour Enfants comporte plus d'un magistrat. L'absence de hiérarchie d'un magistrat sur ses pairs rend néanmoins la mesure difficile à appliquer. Il en ressort la difficulté de faire émerger une politique homogénéisée du siège, comme du parquet.

L'existence d'une Cour d'Appel sur le territoire du Maine-et-Loire permet une coordination de la justice dans la mise en œuvre sur les deux ressorts territoriaux.

Le Conseil général, à travers plus particulièrement la Direction Enfance / Famille dispose aujourd'hui de relations très fortes avec le secteur de la justice. En effet, un travail en commun important a été réalisé, et une association a su se mobiliser dans les instants clés d'évolution du dispositif : mise en commun de la charte de signalement, rédaction de la Charte enfance en danger, lors de la création de l'Unité enfance en danger, la PAPED, ... Ce partenariat a toujours été historiquement très fort et la collaboration apparaît aujourd'hui très bien ancrée, avec des habitudes de concertation développées.
Par ailleurs, l'association des partenaires de la justice à la réflexion autour des deux schémas précédents (2002-2005 et 2005-2010) a contribué à resserrer les liens.

- L'Éducation Nationale

L'action de l'Éducation nationale se développe autour de quatre grands axes :
- le repérage et la prévention, qui supposent la formation des personnels.
- la clarification des procédures, qui a conduit à la construction, au sein de l'Éducation nationale, de protocoles à destination des personnels de 1er et 2nd degrés
- la mise en place d'outils méthodologiques destinés aux personnels de l'école, qui peuvent être soit des guides communs à d'autres personnels, soit des guides spécifiques
- l'existence d'une personne ressources ayant pour les personnels de l'éducation nationale un rôle de régulation et de maintien des liens interinstitutionnels. Cette fonction est remplie par une conseillère technique.

Les partenariats avec l'Éducation Nationale ont été travaillés, aussi bien en ce qui concerne l'enseignement public que l'enseignement privé. Ainsi, la Direction diocésaine du département de Maine-et-Loire est associée aux travaux de la Direction et a signé la Charte de protection de l'enfance en danger. Une collaboration de proximité est donc mise en œuvre ainsi que des travaux de réflexion sur des thèmes spécifiques (la déscolarisation par exemple).
Cependant, des difficultés peuvent être soulignées relativement au fonctionnement du service social : celui-ci ne couvre pas le primaire ni le secteur privé (dans un département où le taux de scolarisation dans le secteur privé est élevé). De ce fait, l'aspect prévention peut ne pas être toujours effectif.

Par ailleurs, le service de prévention spécialisée de l'ASEA a une mission essentielle de soutien aux jeunes en difficultés, en voie de rupture ou en rupture dans le parcours scolaire. Leur action s'effectue sur les établissements scolaires de leur territoire d'intervention, qui disposent d'un niveau plus faible que les autres établissements du département (53,7% de réussite au Diplôme national du Brevet, contre 81% pour la moyenne du département). Par ailleurs, les difficultés concernent les enfants du voyage, dont le taux de scolarisation reste faible. Des actions de médiation de proximité sont donc réalisées aux abords des établissements scolaires, et parfois au sein de ces établissements (sur certains territoires

seulement), de manière ponctuelle (présentation des éducateurs, présence au foyer socio-éducatif, …). Le service de prévention spécialisée souligne cependant la nécessité d'un renforcement des liens avec les équipes de l'Éducation Nationale.

L'étude de la direction Enfance-Famille, comme « service » au centre d'un ensemble de partenariats constitutifs d'un système de pilotage à développer, est en soi illustrative.

L'exploitation de l'enquête « Transversalité » menée auprès des établissements ASE à titre d'exemple approfondi, révèle bien la densité et la diversité des partenariats qui peuvent être noués.

L'étude axait les interrogations autour de trois champs : la diversité des partenariats, les conventions mises en place, Le travail au sein de groupes organisés par d'autres partenaires, les prises de contact sur des situations individuelles.

- Sur les partenaires mobilisés

Quels sont les acteurs de votre territoire avec lesquels vous travaillez régulièrement ?
Les chantiers d'insertion 8%
CAP emploi 8%
Les autres directions du Conseil général : Conseil de gestion 8%
Les autres directions du Conseil général : Patrimoine et Logistique 8%
La CAF - la MSA 17%
Les bailleurs sociaux 25%
La protection maternelle et infantile 25%
La direction diocésaine de l'enseignement catholique 33%
Pôle emploi 33%
Les responsables de circonscriptions 33%
L'inspection académique 42%
Les structures sanitaires 42%
La MDPH 50%
Les autres directions du Conseil général : Finances 50%
Les structures spécialisées dans le handicap (établissements et services) 58%
Les directions centrales du Conseil général : SAE 58%
L'hôpital 67%
Les écoles, collèges, lycées 83%
Les acteurs de la justice (SPIP - PJJ magistrats) 83%
Les directions centrales du Conseil général : ASE 92%
Les référents ASE 100%
Les responsables adjoints de circonscriptions 100%

Les relations semblent moins régulières avec les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle, tels que les bailleurs sociaux (25%), pôle emploi (33%) ou encore les chantiers d'insertion (8%).

- **Il s'agissait de la mise en place d'une convention. Que visait-elle ?**
- Mise en œuvre de places en accueil préventif
- Subvention attribuée dans le cadre de la mise en place d'un service de soutien à a parentalité
- Accueil de jeunes enfants
- Création du réseau Adoption
- Dispositif d'écoute dans les SEGPA
- Agrément et réussite éducative (PRE)
- Charte partenariale milieu ouvert
- Pacte territorial d'insertion
- Convention d'objectifs
- Insertion professionnelle durable des femmes en difficulté
- Convention de partenariat en travail social
- Partenariat ASE/pédipsychiatrie
- Formations conjointes Cesame/PMI/ASE
- RMI exploitants en difficulté

- **Il s'agissait d'une prise de contact sur une ou plusieurs situations individuelle. Quelle était la situation la plus fréquemment rencontrée ?**
- Consultations enfants ASE
- Demande de prise en charge en thérapie familiale
- Echanges entre travailleurs sociaux de l'UDAF et du Conseil Général
- Contrat d'accueil occasionnel régulier
- Exercice d'un droit de visite en lieu neutre.
- Familles allocataires déjà connues par les travailleurs sociaux du conseil général
- Intervention dans le cadre de l'aide à domicile de la famille (maladie, grossesse, famille nombreuses, dépendance, etc)
- La participation à l'évaluation de situations où l'enfant était pris en charge dans une structure d'accueil.
- Travail en partenariat autour de l'accueil d'enfant au sein d'une structure d'accueil petite enfance
- Retrait ou restriction d'agrément d'une assistante familiale pour raisons diverses.
- Situations de personnes qui ont été victimes d'abus sexuels récents ou

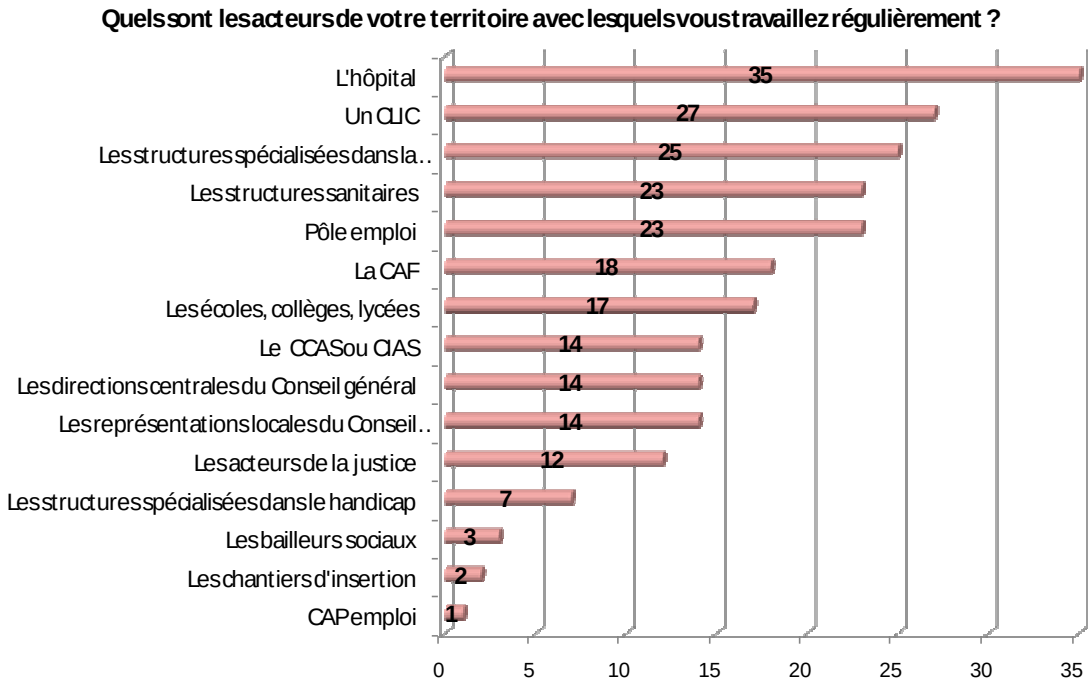
- **Il s'agissait de la participation à un groupe de travail ou de réflexion, en lien ou non avec le schéma Enfance-Famille. Qui l'organisait ?**
- La Direction Enfance-Famille du Conseil général.
- La CAF
- Le Conseil général, seul, en coordination avec la CAF ou via un cabinet de conseil
- La CODAJE
- La PPSF-PMI, le Service Adoption
- **Quel en était le sujet ?**
- Accueil d'enfants porteurs de handicap au sein des structures d'accueil
- Coanimation du REAAP
- Commission Départementale de l'Accueil des Jeunes Enfants (CODAJE)(2/4 ans)
- L'accueil des enfants dans le cadre du Pacte Territorial pour l'Insertion : les freins à l'insertion professionnelle
- Accompagnement à la parentalité, dans le cadre de l'adoption ou dans un autre domaine
- Contrat jeunes majeurs
- Etude des thèmes de réflexion et préparation des journées annuelles faisant suite à l'étude ICSH concernant le

Les modes et relations partenariaux sont d'une grande diversité. Le champ d'intervention des acteurs sollicités est extrêmement étendu et les récurrences sont assez difficiles à identifier. Par ailleurs, les occasions de travailler avec d'autres partenaires au sein d'instances de réflexions sont multiples et concernent toujours de sujets visant à interroger des évolutions nouvelles, ou des changements rendus nécessaires suite à des dysfonctionnements observés.

Il pourrait revenir à chacune des directions de réaliser ce travail de façon encore plus approfondie, notamment pour arrêter une ligne directrice qui marque la position du Conseil général. Il s'agirait ensuite de s'emparer des sujets communs à plusieurs directions pour déterminer des orientations homogènes.

On observe en effet une diversité des partenariats possibles quasiment identique dans le secteur des personnes âgées.

L'enquête menée auprès des EHAPD montrait qu'ils avaient recours à un certain type de partenaires plutôt qu'un autre.



3. Les partenariats autour de la scolarisation des enfants handicapés

La loi du 11 février 2005 renforce le droit des élèves handicapés à l'éducation :

- elle permet à l'élève, dans la mesure du possible, de bénéficier d'une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile.

- elle associe étroitement les parents à la décision d'orientation de leur enfant et à toutes les étapes de la définition de son projet personnalisé de scolarisation (PPS).

- elle garantit la continuité d'un parcours scolaire, adapté aux compétences et aux besoins de l'élève, grâce à une évaluation régulière depuis la maternelle jusqu'à son entrée en formation professionnelle ou dans le supérieur.

Aujourd'hui en France, on estime à environ 170 000 enfants scolarisés au sein des établissements scolaires, publics ou privés durant l'année 2008-2009 (soit 80% de plus qu'en 2002).

En janvier 2010, **1 580 élèves sont scolarisés en milieu ordinaire dans le département**, contre 1 544 à la rentrée scolaire 2008.

Parmi ceux-ci :

- 960 élèves accueillis en scolarisation individuelle, dont 405 élèves accompagnés par des AVS-i

- 620 élèves accueillis en scolarisation collective, dont 405 en CLIS et 215 en UPI

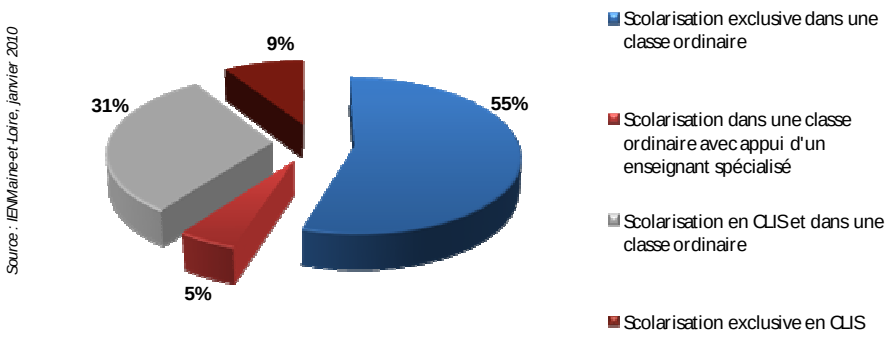
Par ailleurs, on observe une légère diminution de la part des enfants en situation de handicap scolarisés dans l'enseignement privé (de 32% en 2008 contre 28% en 2009-2010).

Enfin, si les effectifs ont baissé de 2% en deux ans en ce qui concerne le 1er degré (de 1 031 à 1 007 enfants), on constate 12% d'augmentation pour le 2nd degré (de 513 à 573 enfants), ce qui laisse préjuger des besoins à venir.

Les modalités de scolarisation dans le 1er degré :

En 2009-2010, sur 1 007 élèves handicapés scolarisés dans le 1er degré, **553 élèves sont exclusivement scolarisés en classe ordinaire, soit 55%**. Ce pourcentage reste globalement le même depuis 2007.

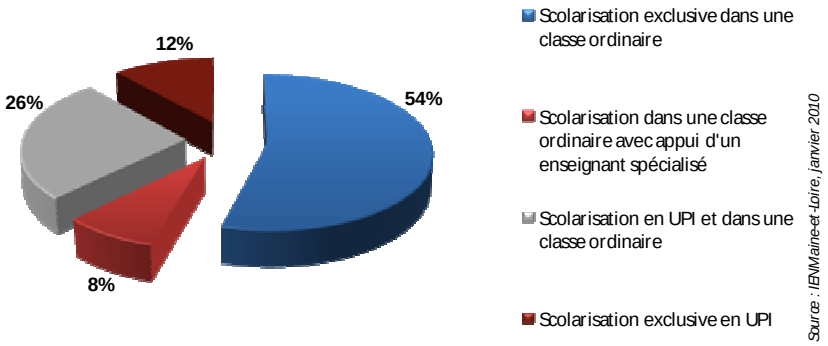
Par ailleurs, 314 élèves sont scolarisés au sein d'une CLIS, et dans une classe ordinaire (soit 31%). De la même manière, cette proportion reste relativement similaire à l'année scolaire 2007-2008. Il s'agit exclusivement d'élèves scolarisés en CLIS 1.


Source : IENMaine-et-Loire, janvier 2010
9%
31%
55%
5%
Scolarisation exclusive dans une classe ordinaire
Scolarisation dans une classe ordinaire avec appui d'un enseignant spécialisé
Scolarisation en CLIS et dans une classe ordinaire
Scolarisation exclusive en CLIS

Les modalités de scolarisation dans le 2nd degré :

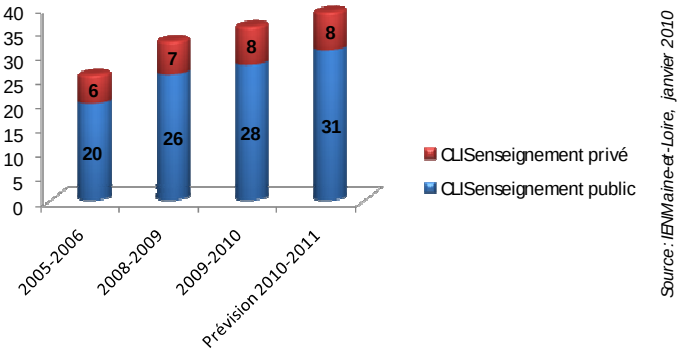
En 2009-2010, sur 573 élèves handicapés scolarisés dans le 2nd degré, **312 élèves sont exclusivement scolarisés en classe ordinaire, soit 54%.** On peut constater une évolution depuis 2007, où 47% des élèves étaient dans ce cas. Une évolution significative a eu lieu entre l'année scolaire 2007-2008 et 2008-2009, avec un passage de 244 élèves à 337 élèves scolarisés exclusivement dans une classe ordinaire (soit 60%).

Par ailleurs, 149 élèves sont scolarisés au sein d'une CLIS, et dans une classe ordinaire, soit 26%. Il y a donc moins d'élèves en « scolarisation partagée » dans l'enseignement secondaire que dans l'enseignement primaire, au profit d'une scolarisation exclusive en UPI.


12%
26%
54%
8%
Scolarisation exclusive dans une classe ordinaire
Scolarisation dans une classe ordinaire avec appui d'un enseignant spécialisé
Scolarisation en UPI et dans une classe ordinaire
Scolarisation exclusive en UPI
Source : IENMaine-et-Loire, janvier 2010

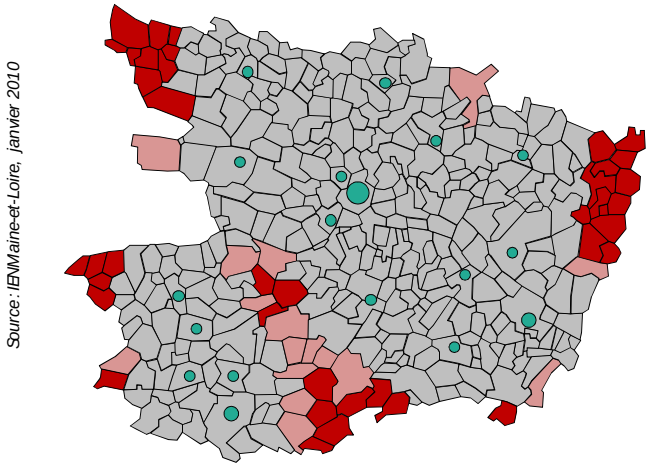
Les Classes d'intégration scolaire

Au total, ce sont **36 CLIS et 1 SEES** qui permettent d'accueillir les enfants dans le 1er degré. Avec 24 classes en 2004-2005 et 33 en 2008-2009, le département connaît une évolution rapide qui permet de répondre à la très forte demande. L'année 2010-2011 portera le nombre de CLIS à **39** (dont 31 dans le public). Aujourd'hui, 385 élèves sont scolarisés en CLIS, contre 258 en 2004.



Source : IENMaine-et-Loire, janvier 2010

Sur la base d'une étude réalisée par l'Inpection Académique de Maine-et-Loire, la carte permet de symboliser les zones non couvertes par les CLIS. Ainsi, les zones en rouge indiquent les territoires sur lesquels les enfants ne disposent pas d'une CLIS à moins de 15 kilomètres de leur domicile. Dans ce cadre, le département est ainsi en mesure de concentrer son effort sur les zones non pourvues du territoire. La carte montre un **bon taux de couverture du département** et confirme l'effort entrepris en ce sens.

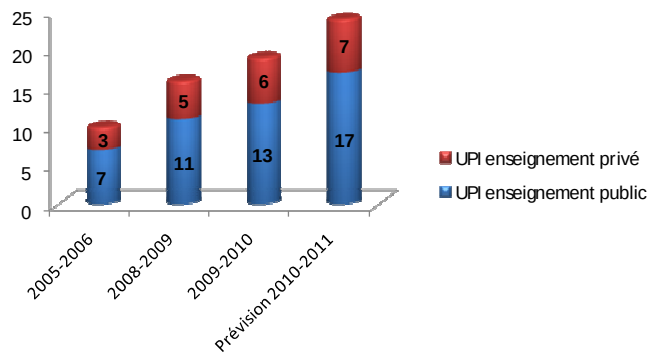


Source : IENMaine-et-Loire, janvier 2010

Par ailleurs sur l'année scolaire 2008-2009, sur les 119 orientations prononcées, 19 personnes n'ont pas pu trouver de places, soit 16% des enfants orientés comme tels. Ces difficultés ne se rencontrent qu'en ce qui concerne les CLIS 1.

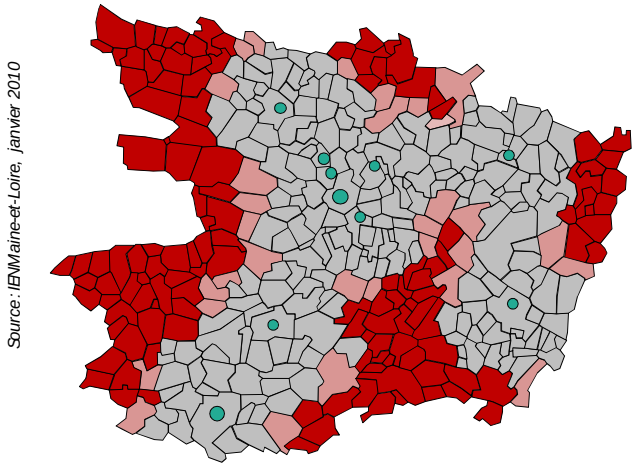
Les Unités Pédagogiques d'intégration

Au total, **19 UPI et 2 SESS** permettent d'accueillir les adolescents. Là aussi, le département a connu un forte montée en charge avec un nombre de classes multipliées par deux depuis l'année scolaire 2004-2005, et contre 16 UPI en 2008-2009. On comptera 24 UPI en 2010-2011.



Source : IENMaine-et-Loire, janvier 2010

La carte permet de symboliser les zones non couvertes par les UPI. Ainsi, les zones en rouge indiquent les territoires sur lesquels les enfants ne disposent pas d'une UPI à moins de 15 kilomètres de leur domicile. On peut constater qu'un grand nombre de zones ne sont pas encore couvertes par le dispositif de second degré. C'est l'un des objectifs de l'Inspection Académique pour les prochaines années à venir, et cette orientation doit en effet devenir une **priorité**.



Source : IENMaine-et-Loire, janvier 2010

Par ailleurs, 10 orientations ont été prononcées en 2008-2009 en faveur d'une orientation en UPI lycée professionnel. 7 élèves ont pu effectivement y trouver une place.

Les dispositifs de l'Enseignement général et Professionnel Adapté (SEGPA et EREA)

On compte 12 SEGPA publiques, 5 SEGPA privées et 1 EREA ; pour un total de 1 320 places (contre 1 408 en 2007-2008) accueillant **1 087 élèves** (soit un taux d'occupation de 82,35% – tout en sachant que le taux d'occupation des établissements privés se situe aux alentours de 75%).

Atouts

- Le développement d'une **politique volontariste**, impliquant la création d'un nombre de classes importantes

L'Inspection Académique de Maine-et-Loire a su mettre en place une **politique volontariste**, permettant d'accompagner les évolutions induites par la loi de 2005. Ainsi, en termes quantitatif, le dispositif de classes spécialisées a connu une montée en charge significative.

Marges de progrès

Plusieurs points d'insatisfaction doivent aujourd'hui constituer des priorités :

- La garantie d'un parcours fluide et sans rupture par la **création de classes supplémentaires dans le second degré.**

Ainsi, même si le besoin en termes de places ne doit pas suivre le nombre de classes en 1er degré avec des enfants amenés à rentrer en établissements avant l'entrée dans le second degré, un trop grand décalage de places induit nécessairement des enfants ne pouvant continuer leur scolarité au sein des classes collectives. Par ailleurs, les UPI lycées professionnels sont encore trop peu nombreux et doivent être créées afin de préserver la continuité du parcours scolaire.

- Dans certains IME, la scolarité est assurée par les éducateurs, non par des enseignants de l'établissement.

Dans le cadre de la mise en place des **unités d'enseignement** (décret n°2009-378 du 2 avril 2009), ces établissements devront revoir les modalités de fonctionnement de leur pôle scolarité.

- Par ailleurs, au même titre qu'un cloisonnement entre accompagnement à domicile et en établissement doit être évité, il n'apparaît pas opportun « d'enfermer » l'enfant dans un seul type de scolarité.

Le **temps partagé** pourrait ainsi être mis en place, avec une demande très forte des parents en ce sens. Si des établissements essaient de l'instaurer, un dispositif encore trop en tension freine ces initiatives.

L'**externalisation** des classes d'ESMS au sein des écoles est également une modalité qui pourrait être utilement développée.

Une intégration plus importante doit ainsi s'exercer entre la scolarisation en milieu ordinaire et celle au sein des établissements spécialisés. Ces passerelles sont encore trop peu fréquentes et doivent être multipliées, afin de concrétiser la volonté de permettre à l'enfant de se voir proposer un parcours « sur-mesure ». La réflexion doit donc s'engager sur le passage d'une logique de structure à une logique de dispositif. A noter que le nombre d'enfants bénéficiant d'une scolarisation en temps partagé a baissé entre 2006 et 2008 (de 80 à 67).

Initiatives départementales et locales :

Partenariat des collèges Joachin du Bellay et Tremolieres avec l'ITEP « La Tremblaie » à Cholet concernant les parcours partagés. Sur les 52 enfants accueillis, 18 sont en scolarisation partagée.

Le dispositif AVS

Des élèves sévèrement handicapés nécessitent, pour poursuivre leur parcours scolaire, d'être accompagnés afin de réaliser certains gestes et certaines tâches de vie quotidienne. Les auxiliaires de vie scolaire "individuels" (AVS-i) ou les auxiliaires de vie scolaire "collectifs" (AVS-co) assurent cette mission dans les structures de scolarisation collective (CLIS ou UPI), leur intervention s'articulant autour du projet personnalisé de scolarisation (PPS) et s'appuie sur quatre types de missions:

1. des interventions dans la classe définies en concertation avec l'enseignant (aide pour écrire ou manipuler le matériel dont l'élève a besoin) ou en dehors des temps d'enseignement (interclasses, repas…) ;
2. des participations aux sorties de classes occasionnelles ou régulières ;
3. l'accomplissement de gestes techniques ne requérant pas une qualification médicale ou paramédicale ;
4. une collaboration au suivi des projets personnalisés de scolarisation.

Les AVS interviennent à titre principal pendant le temps scolaire. Ils peuvent, si nécessaire et après la signature de convention intervenir sur le temps péri-scolaire (cantine et garderie notamment). Toutefois, ils ne peuvent pas se rendre au domicile de l'élève.

Sur l'année 2009-2010, le département compte **234 AVS-i**, soit une évolution de près du double en deux ans (121 AVS-i sur l'année scolaire 2007-2008). L'inspection académique s'est donc emparée de cette problématique. 55 AVS-co (contre 46 en 2007-2008). Au 31 décembre 2009, 697 droits sont ouverts au titre de l'AVS à la MDPH.

Le besoin en termes d'accompagnement apparaît comme un enjeu fort du dispositif.

Ainsi, en 2009-2010, 30,5% des élèves handicapés scolarisés dans le 1er degré sont scolarisés sans besoin d'accompagnement (soit 307 élèves). Cette proportion est en forte augmentation, puisque deux ans auparavant, il s'agissait de 40% des élèves, soit 10 points de moins. La demande et le besoin d'accompagnement est donc de plus en plus fort.

Le même mouvement est perceptible de manière encore plus nette en ce qui concerne le 2nd degré. Si 80% des élèves du 2nd degré n'avaient pas besoin d'accompagnement en 2007-2008, ils sont 58% aujourd'hui (soit 337 élèves).

Les enseignants référents

La loi de 2005 a contribué à une augmentation significative de la scolarisation des enfants. De ce fait, les enseignants référents se retrouvent en difficulté face à une telle montée en charge. Le département de Maine-et-Loire n'échappe pas à cette tendance et le dispositif est actuellement en tension. Cependant, l'Inspection Académique du département a fourni un effort afin de palier ces évolutions, en augmentant le nombre de référents. Ils sont au

nombre de **11 enseignants référents** pour l'année 2009-2010 (passage de 9 à 11 en septembre 2009), avec une prévision de 13 enseignants en 2010-2011 (dont un poste qui serait créé pour le 2nd degré, car il n'y en a pas encore). Deux enseignants référents appartiennent au dispositif de l'enseignement privé.

D) Le dispositif des informations préoccupantes

Organisation et pilotage du dispositif

Le dispositif s'articule autour de **l'Unité enfance en danger**, instance de recueil des informations préoccupantes. Le département du Maine-et-Loire a anticipé la loi du 5 mars 2007 avec la mise en place effective d'une cellule de recueil des informations préoccupantes depuis 2006.

L'unité enfance en danger est le lieu de centralisation des informations préoccupantes quelle que soit leur origine : le centre national d'appel pour l'enfance en danger, l'éducation nationale, les médecins, les circonscriptions d'action sociale et de santé.

Deux types d'informations préoccupantes parviennent à l'unité enfance en danger : des informations non évaluées de la part des partenaires, des informations déjà évaluées par les circonscriptions qui sont centralisées à l'aide d'un outil informatique. Pour réaliser ce recueil des informations préoccupantes, 4 ETP sont affectés à l'unité enfance en danger.

L'urgence de la situation de l'enfant est étudiée par l'unité enfance en danger. Si le danger potentiel encouru par l'enfant nécessite une prise en charge en urgence, l'unité demande une évaluation en urgence à la circonscription dont dépend la famille et transmet le dossier au parquet à la suite de cette évaluation si cela s'avère nécessaire. Lorsqu'une évaluation en urgence n'est pas nécessaire, l'unité transmet le dossier à l'inspecteur de groupement dont dépend la famille qui demande à son tour une évaluation à la circonscription concernée. Suite à l'évaluation, la décision de la suite à donner au dossier est prise par l'inspecteur de groupement concerné au regard des éléments du rapport d'évaluation.

Ce traitement des informations préoccupantes a fait l'objet d'une formalisation avec les partenaires, soit la justice (parquet et siège), la préfecture, la gendarmerie, la police, la PJJ et l'éducation nationale. Ce **protocole**, dénommé « **Charte pour la protection de l'enfance en danger en Maine-et-Loire** », a été signé avant le vote de la loi du 5 mars 2007. Il est donc actuellement en cours de révision et une nouvelle version devrait être prochainement ratifiée. La charte identifie les acteurs pouvant être associés à la procédure de signalement, expose la procédure à suivre en cas de suspicion d'enfant en danger et explique le circuit des informations préoccupantes.

La charte départementale pour la protection de l'enfance en danger précise que l'évaluation « doit se faire par au moins deux professionnels ou au moins deux institutions ». Néanmoins, les inspecteurs de l'enfance soulignent que la pluridisciplinarité de l'évaluation n'est pas systématiquement toujours respectée.

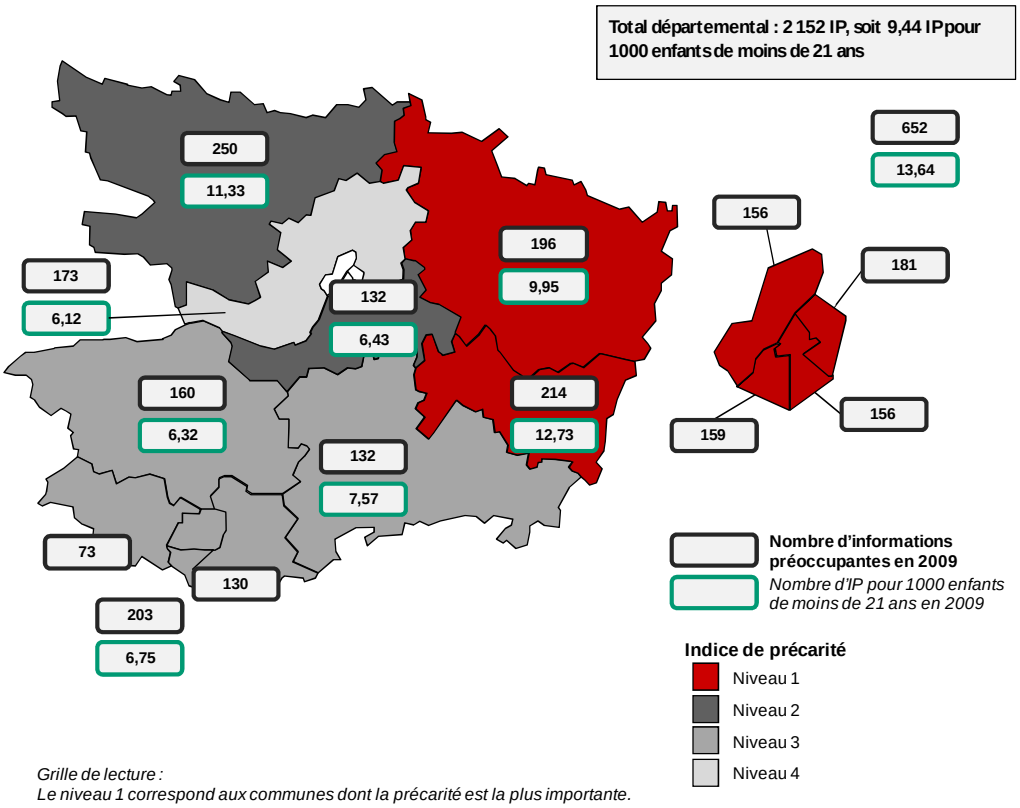
Public et données d'activités

Le nombre d'informations préoccupantes apparaît en constante augmentation, avec + 33% d'évolution entre 2008 et 2009, contre + 22% entre 2007 et 2008 (2.152 IP en 2009).

Toutes les informations préoccupantes connues de la cellule sont enregistrées sur fichier informatique ainsi que leur provenance et les principaux éléments de danger concernant l'enfant.

Concernant le profil des enfants concernés par des informations préoccupantes, ceux-ci sont en majorité âgés de 6 à 10 ans. De plus, 40% des enfants concernés par une information préoccupante vivent en famille monoparentale, dont 35% vivent avec leur mère seule. Au 31 décembre 2008, 18% des enfants dans le Maine-et-Loire sont pris en charge par un seul des deux parents. 34% des enfants concernés par une IP vivent avec leurs deux parents.

Les services sociaux de département sont le plus grand pourvoyeur d'informations préoccupantes (33,6%), suivis par l'éducation nationale (16,7%) et la justice (12,9%). On peut noter entre 2007 et 2008 une forte augmentation des informations préoccupantes en provenance des établissements sociaux et médico-sociaux (de 7,4% à 11,2%).



Grille de lecture :
Le niveau 1 correspond aux communes dont la précarité est la plus importante.

Concernant la répartition des informations préoccupantes sur le territoire, elles sont nombreuses dans les circonscriptions de Segré et de Saumur, qui sont par ailleurs les territoires dont la **précarité** est considérée comme la plus importante (plus de 11 IP pour 1 000 enfants de moins de 21 ans).

Par ailleurs, en 2008 le nombre d'enfants en risque avait augmenté plus rapidement que la croissance des IP, il en va autrement en 2009. Ainsi, **les enfants en risque représentent 70%** du total des enfants en risque et en danger, contre 75% en 2008. Ainsi, les hypothèses indiquées dans la lettre de l'observatoire en 2008, en faveur d'un repérage plus important du nombre d'enfants, ne se vérifie pas sur l'activité de 2009 (avec cependant un taux plus important d'enfants en risque qu'en 2007 (63%).

Les constats en 2008 d'une sollicitation de l'Unité enfance en danger très moindre dans trois circonscriptions se vérifie également en 2009 (Cholet Est, Ouest et Angers couronne Sud).

En ce qui concerne **les facteurs de risque**, les trois facteurs en tête sont identiques les trois années étudiées (de 2007 à 2009 inclus) : carences éducatives / immaturité ; séparation / divorce / litige ; conflit de couple. Une augmentation des facteurs liés aux problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique dans la famille doit également être soulignée.

Les décisions suite à la réception de l'information préoccupante concernent le plus largement des demandes d'évaluation (35%). Par ailleurs, le nombre de non renseignés baisse considérablement (de 36 à 17%), laissant apparaître une bonne appropriation de l'outil informatique par les agents.

Points forts :

- Un dispositif dont les objectifs et le fonctionnement anticipaient la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance :

L'unité enfance en danger peut s'appuyer sur l'antériorité de la cellule de recueil des informations préoccupantes mise en place par le Conseil général en 2006. Ainsi, l'entrée en vigueur de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance n'a nécessité que quelques adaptations d'un dispositif déjà existant.

La centralisation du recueil des informations préoccupantes au niveau de l'unité enfance en danger est effective : les informations provenant des partenaires, du parquet et des circonscriptions sont toutes stockées dans un outil informatique. Le parquet qui filtre jusqu'à présent les signalements qui lui parviennent avant de les transmettre à l'unité enfance en danger mais souhaite aller vers une transmission de plus en plus systématique des signalements vers la cellule. Ceci devrait donc vraisemblablement conduire à une augmentation des soit-transmis vers l'unité enfance en danger (273 soit-transmis en 2008, contre 205 en 2008).

Un protocole entre la cellule, la justice et l'État a été signé suite à la mise en place de la cellule. Cette charte de la protection de l'enfance est antérieure à la loi du 5 mars 2007 et est en cours de réactualisation pour un objectif de signature de la nouvelle charte en avril 2010.

- La structuration des partenariats, facteur-clé d'efficacité du système de signalement, est effective

Le partenariat avec le milieu scolaire est effectif, reposant sur le service social de l'éducation nationale (second degré). Les informations préoccupantes relevées par les professionnels (professeurs, directeurs d'école, assistantes sociales…) sont centralisées à l'inspection d'académie puis transmises à l'unité enfance en danger.

Le système peut s'appuyer sur le protocole signé par les principaux partenaires : la charte pour la protection de l'enfance en danger. Cosignée par le président du conseil général, les représentants de l'État, de la justice, le PJJ, l'éducation nationale.

- Le dispositif de signalement prévoit la possibilité de réaliser des évaluations en urgence

Le système mis en place dans le département du Maine-et-Loire permet à l'unité enfance en danger de demander une évaluation en urgence de la situation de l'enfant lorsqu'elle estime cela nécessaire. Dans ce cas, l'évaluation peut être réalisée dans les 48 heures par les professionnels de circonscription.

- L'analyse de l'activité met en évidence des écarts entre territoires, concernant la proportion d'IP, ce qui interroge la cohérence du dispositif

Concernant l'évolution du nombre d'IP, on constate des écarts très importants entre circonscriptions. Les territoires de Saumur et Segré connaissent ainsi une augmentation de plus de 62% entre 2008 et 2009, tandis que le nombre d'IP sur Doué la Fontaine n'a cru que de 4%.

Le taux d'IP (au regard de la population et des difficultés sociales à anticiper – Atlas de l'action sociale et médico-sociale) n'est pas toujours corrélé à l'intensité des besoins sociaux.

On relève particulièrement la proportion d'IP pour 1000 mineurs sur Angers Est, 3,37 (niveau le plus élevé du département) alors sur ses indicateurs de fragilité sociale se situent dans une fourchette basse. La très faible proportion d'IP à Doué la Fontaine (0,97 soit un niveau inférieur à la moyenne du département) est également difficile à interpréter au regard de sa position médiane en termes de fragilité sociale.

- Les partenariats sont effectifs mais nécessitent un approfondissement

Si l'éducation nationale transmet de manière quasi-systématique les informations préoccupantes, il semble que les acteurs de santé (hôpitaux et médecins libéraux) transmettent encore beaucoup de signalements directs au parquet. Ainsi, on note un faible nombre d'informations préoccupantes transmises à l'unité enfance en danger de la part de ces acteurs bien que la charte ait été signée par le président du conseil départemental de l'ordre des médecins.

Il apparaît nécessaire de travailler dans le cadre du prochain schéma sur la problématique du secret partagé, en particulier en ce qui concerne les informations médicales afin que l'unité enfance en danger dispose de toutes les informations nécessaires à l'évaluation d'une situation.

Les partenaires de la protection de l'enfance, après avoir effectué une transmission, ont évoqué ponctuellement des **difficultés à avoir des retours d'information** de la part de l'unité enfance en danger.

- **Le repérage des incidents de placements doit être renforcé**

Se pose en effet la question du suivi des signalements « infra-dispositif », c'est-à-dire des situations de risque et de danger concernant les jeunes déjà pris en charge. Sont principalement concernées les ruptures de placement mais également les différents incidents, difficultés, crises etc. qui se posent lors d'un placement ou d'une prise en charge (et qui peuvent déboucher sur une rupture de placement et sur un accueil d'urgence). L'enjeu étant de pouvoir repérer « en temps réel » ces difficultés puis d'organiser des réponses adéquates. Or le Maine et Loire (certes comme la plupart des départements) ne dispose d'un système de suivi (et donc de pilotage) des incident de placements (combien d'incidents ? quelles services/structures concernées ? Quelles procédures et quelles ressources mobiliser etc.), alors même que ces derniers mettent en difficulté les structures et les services et tendent à emboliser le dispositif.

- **La conformité du système à l'ensemble des dispositions de la loi du 5 mars 2007 demeure perfectible**

a) Les modalités d'évaluations des situations, qui conditionnent fortement l'adéquation des orientations, donc la pertinence de « l'entrée » dans le dispositif, semblent perfectibles

En premier lieu, la pluridisciplinarité des équipes d'évaluation des circonscriptions ne semble pas toujours respectée et apparaît variable selon les circonscriptions.

En second lieu, les délais de réalisation des évaluations n'ont pas été précisés. Ceci conduit à des délais très variables d'évaluation en fonction des situations pouvant parfois aller jusqu'à plus de 6 mois. L'absence de délais formalisés conduit également à « brouiller » la frontière entre évaluation et accompagnement, les travailleurs sociaux chargés de l'évaluation pouvant initier une démarche d'accompagnement du fait de l'absence de délai pour rendre un rapport d'évaluation.

La Charte de protection de l'enfance en danger, qui a vocation à être signée en 2010, va fixer le cadre de cette évaluation : au niveau du délai tout d'abord : de 20 jours minimum à deux mois maximum, et de la méthode de cette évaluation.

Ce travail de formalisation devra être prolongé par la mise en place d'un suivi et d'une évaluation du respect des délais.

En troisième lieu, il n'existe pas de cadre formalisé partagé par toutes les circonscriptions pour la rédaction des rapports d'évaluation. En outre, les partenaires ont souligné que la qualité des rapports d'évaluation peut être variable en fonction du professionnel concerné. D'une manière générale, la question de la rédaction des écrits professionnels et de leur qualité est une question récurrente qui mériterait d'avoir un cadre plus formalisé.

Cette hétérogénéité des pratiques, conséquence, notamment, d'une insuffisante formalisation des procédures d'évaluation, est susceptible d'expliquer :

- d'une part les écarts constatés en termes de volume et de nature mesurés,

- d'autre part le faible niveau de mesures contractuelles – en effet la possibilité de mettre en œuvre ou non une mesure contractuelle dépend directement de la qualité et de la nature des évaluations.

Des évaluations insuffisamment étayées – générant une faible visibilité sur la sévérité de la situation et sur le contexte familial - pouvant inciter les décisionnaires

- à classer les dossiers, faute d'éléments suffisants, pour des situations qui nécessiteraient un suivi administratif

- à transmette les dossiers à la justice, par « précaution », alors que la situation pourrait faire l'objet d'une mesure contractuelle.

Ces deux facteurs influant sur le volume et la proportion de mesures contractuelles mises en œuvre dans le Maine et Loire.

b) L'organisation du recueil **à tout moment** des informations préoccupantes par l'unité enfance en danger, devra faire l'objet d'une réflexion, afin que le Département se conforme aux principes de la loi du 5 mars 2007.

Comme dans les autres départements ce point devra prendre en compte des problématiques à la fois organisationnelles (quelles ressources affecter à une éventuelle permanence ? selon quelles modalités ?) et financières (cf. le transfert de charges de l'État au titre de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007).

E) L'information auprès des usagers

L'information constitue une ressource majeure dans l'aide dont les usagers d'un dispositif ont besoin pour faire face aux difficultés qu'ils traversent. Elle doit s'adresser tant au bénéficiaire direct de l'accompagnement qu'aux personnes gravitant autour de la personne (parents, aidants naturels, …).

Le développement de dispositifs multi-partenariaux, et les actions réalisées par les acteurs locaux (CCAS, Associations, …) dans le secteur de l'action sociale tendent à obérer la lisibilité de l'information des usagers quant au dispositif et à l'action du Conseil général en la matière.

Le département du Maine-et-Loire a souhaité dès 2003 développer une politique volontariste de communication concernant les missions réalisées dans le champ du social. Ainsi, des brochures, concernant quatre thématiques spécifiques (santé, enfance et famille, personnes âgées et personnes handicapées, insertion et logement) ont été diffusées auprès du public.

Par ailleurs, des évolutions nationales ont permis de structurer l'information relayée et d'améliorer la lisibilité des dispositifs, par la création de trois « guichets d'information » spécifiques.

Tout d'abord, la loi de février 2005 a mis en place les **Maisons départementale des personnes handicapées** (MDPH). L'accès à une information riche et centralisée pouvait être considéré comme l'un des enjeux de la création des MDPH. Si elle est bien dispensée par les établissements (plaquettes, livrets de présentation, …), elle circule peu d'un système à l'autre et plus encore d'un dispositif à l'autre – éducation nationale, sanitaire, ASE. La MDPH ne joue pas encore ce rôle centralisateur de l'information et les acteurs attendent qu'elle devienne un véritable centre-ressource. Cependant, la MDPH du Maine-et-Loire a su développer des « outils » d'information : le site internet de la MDPH met en ligne une documentation fournie à l'égard des familles et des usagers : législation, rapports, guides pratiques (sur le logement ou encore les espaces touristiques adaptés). Par ailleurs, la mise en place d'une Permanence des Associations au sein de la MDPH en fait un relais important auprès des familles. Même si l'accueil téléphonique reste une difficulté (perte importante des appels), 4 ETP ont été affecté spécifiquement à cette tâche. Enfin, la MDPH est présente sur le territoire, avec la mise en place de **relais territoriaux** permettant de réaliser un accueil de proximité (accueil de premier niveau réalisé par conventionnement avec 13 CCAS). Cependant, les usagers ne considèrent pas encore la MDPH comme un guichet unique par lequel ils peuvent obtenir l'ensemble des informations dont ils ont besoin. Ils préfèrent en effet faire appel à des acteurs de proximité.

Par ailleurs, les **Centres locaux d'information et de coordination** (CLIC), ont été créés par la circulaire du 18 mai 2001 dans la volonté d'en faire un dispositif de proximité dédié en priorité aux usagers. Au nombre de 12 sur le territoire, ils connaissent une dynamique hétérogène selon les zones d'intervention.

Les Maisons de l'autonomie sont aujourd'hui expérimentées dans un certain nombre de départements, visant à la convergence des guichets d'information existants en faveurs des personnes âgées et des personnes handicapées (sous la forme d'un regroupement de structures – simple rapprochement géographique des équipes –, ou par la mutualisation d'outils – réflexion sur les pratiques professionnelles, avec la mise en commun d'outils, méthodes et professionnels). **Le Maine-et-Loire a débuté une réflexion sur ce thème**, afin d'étudier la pertinence de la création d'une MDA.

Enfin, on peut citer **l'Agence départementale d'information sur le logement** (ADIL), service qui assure une information à l'égard de tous les publics sur tous les aspects des questions de logement, avec une activité essentiellement tournée en faveur du logement des démunis.

Deux enjeux se dégagent :

- La fluidité et le contenu de l'information des dispositifs médico-sociaux.
- L'information auprès des publics « non captifs », c'est-à-dire des personnes qui se situent en dehors du dispositif médico-social, et qui ne vont pas forcément avoir connaissance des droits auxquels ils peuvent prétendre. Il en va ainsi pour les personnes en attente de prise en charge.

F) L'information auprès des partenaires

En 2003, le Conseil général a réalisé une information en faveur des usagers, mais également des partenaires institutionnels. Il s'agissait de réaffirmer son statut de chef de file de l'action sociale auprès des partenaires. Une plaquette tirée à 10.000 exemplaires a été diffusée à l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux du département.

Par ailleurs, le Département a su créer une forte culture de coopération avec les partenaires. De ce fait, la diffusion de l'information est très développée.

G) L'observation

Un observatoire désigne un ensemble de moyens humains (personnel affecté à la collecte et au traitement de l'information) et de méthodes qui ont pour but d'alimenter un système d'information et/ou de fournir des informations utiles pour la prise de décisions (statistiques et analyse).

La mise en place d'une observation renvoie à des enjeux :

- de pilotage : elle permet de connaître les besoins des publics et le niveau d'activité des services, en particulier à un niveau territorialisé. Elle représente donc un outil indispensable au suivi, à l'évaluation et à l'ajustement de l'action publique ;
- de gouvernance : l'observation implique la mise en réseau de différences sources d'information, puis l'animation du dispositif. Par la diffusion d'analyse partagée, l'observation peut contribuer à diffuser une culture commune et à mieux articuler les interventions.

Les deux observatoires existants au sein du Conseil général correspondent à une obligation légale :

- **L'Observatoire de l'enfance en danger** :

La loi du 5 mars 2007 vient compléter le dispositif national d'observation de l'enfance maltraitée, en instaurant le principe d'un observatoire de la protection de l'enfance dans chaque département, dont la création et l'animation incombent au Conseil général.

Quatre missions sont prévues par la loi : recueillir et analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département, être informé de toute évaluation des services et établissements de la protection de l'enfance, suivre la mise en œuvre du schéma départemental, et émettre des propositions sur la mise en œuvre de la politique dans le département.

L'observatoire a été mis en place dans le Maine et Loire en octobre 2008, l'unité Enfance en danger en constituant la cellule opérationnelle.

Il recueille et exploite les données relatives à l'enfance en danger – plus précisément, relatives au contexte départemental (démographie…), à l'enfance en danger (notamment via les données remontées par la cellule de recueil de l'information), et aux dispositifs (protection administrative / judiciaire de la jeunesse…).

Une charte de protection de l'enfance a été signée en février 2010, qui permet de formaliser le partenariat permettant d'alimenter et de faire vivre l'observatoire.

- **L'Observatoire de l'Habitat**

La loi Libertés et responsabilités locales d'août 2004 rend obligatoire la création d'un observatoire de l'habitat, dans le cadre de l'élaboration et du suivi des Plans locaux et départementaux de l'habitat.

Le Conseil général a choisi de mettre en place un observatoire en commun avec l'Etat, opérationnel en 2008. Cette configuration permet une mutualisation des moyens (des postes se voient cofinancés) et une plus grande centralisation des données. En pratique, il est porté par l'Agence départementale d'information sur le logement.

Les données agrégées par l'observatoire concernent le contexte démographique et socio-économique du département (vieillissement, étalement urbain…), les différents publics (personnes âgées, jeunes…), les tendances du marché du logement, la demande sociale locative…

Il donne lieu à des publications régulières (lettres semestrielles ; études annuelles, par exemple sur l'accession à la propriété), des conférences…

Outre ces observatoires correspondant à une disposition réglementaire, des démarches volontaristes du Conseil général permettent ou permettront de renforcer l'observation des politiques sociales.

- Indicateurs d'activité au niveau de la Direction générale Développement social et solidarité

Un rapport d'activité est produit annuellement au niveau de la Direction générale. Il est construit à partir des principaux indicateurs relatifs aux publics concernés et à l'activité de tous les services de la Direction. Une synthèse a permis de mesurer les évolutions sur la période 2000 – 2004.

Si ce niveau d'observation permet une consolidation intéressante de données concernant l'ensemble des politiques sociales, le système paraît encore trop limité pour correspondre à une véritable observation - du fait du caractère limité des données récolées, et en l'absence de mise en perspective et d'analyse partagée des données recueillies.

- Le travail d'observation dans les circonscriptions

Les circonscriptions d'action sociale sont un lieu privilégié d'observation : en raison des publics accueillis et des problématiques qui sont à traiter. A titre d'illustration, les entretiens avec les responsables de circonscription ont permis d'identifier une montée en charge des accompagnements de travailleurs au seuil de la précarité et de publics présentant des souffrances d'ordre psychique.

On notera toutefois que ces remontées ne se font pas toujours de manière centralisée et qu'elles ne donnent pas encore lieu à un traitement global et problématisé à l'échelle du département.

- Projet d'Observatoire gérontologique

Le Conseil général identifie la nécessité de disposer d'un observatoire gérontologique départemental dès le schéma de 2003/2007. Ainsi, il a souhaité que l'IDGL devienne un « Observatoire départemental de l'action gérontologique », s'appuyant sur un réseau d'IGL, dispositifs d'observation social au niveau du territoire.

La même notion a été reprise en 2008, et la réflexion a ainsi été engagée autour de la mise en place d'un tel observatoire.

Dans ce cadre, un Atlas gérontologique départemental a été réalisé (rapport rendu en octobre 2009), posant un état des lieux précis et constituant une première base de travail.

Les acteurs mentionnent des besoins forts en observation (recueil et traitement, analyse, diffusion) sur les pans des politiques sociales non-couvertes par un observatoire obligatoire règlementairement (l'enfance en danger et l'habitat).

La question se pose donc d'un ***système d'observation centralisé au sein de la Direction****, qui permettrait une meilleure circulation des informations et une mutualisation des moyens techniques et humains.*

A) Évaluation synthétique des précédents schémas

Cette annexe vise à faire un état des lieux rapide des fiches-actions des précédents schémas qui ont donné lieu ou non à une mise en œuvre.

L'analyse ne vise aucunement à l'exhaustivité, les arguments ayant été développés dans le corps du document. Par ailleurs le code couleur utilisé (vert pour « mis en place », rouge pour « non mis en place ») est aussi discrétionnaire qu'expéditif.

Il était entendu, dès le lancement de la démarche, que la phase diagnostic du schéma unique visait à proposer une photographie des actions du département plus que d'identifier ce qui, dans les précédents documents directeurs, avait été mis en œuvre ou pas. Cette option est d'autant plus légitime que de nombreuses évolutions réglementaires ou législatives sont venues percuter très fortement les dispositifs.

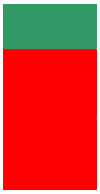
Mais il n'était pas inintéressant de faire mention de ce qui avait été déjà évoqué il y a 5 ans.

1 Le schéma en faveur des personnes handicapées

Numéro de Fiche	Titre de la fiche	Objectif(s)	Synthèse de l'évaluation	
1	Créer un réseau départemental d'information en lien avec la MDPH	Organiser, faire circuler et rendre accessible l'information sur le handicap (personnes handicapées, familles, professionnels)	Développement d'un outillage spécifique : n°vert, plaquette… Organisation de forums et de réunions au sein de la MDPH Territorialisation de la MDPH pour un accueil et une distribution de l'information en proximité avec les personnes	
		Améliorer le suivi des parcours et la coordination des interventions	Formalisé essentiellement dans la mise en place de la MDPH A noter la création d'outils spécifiques et individualisés ("livrets de parcours")	
2	Développer le nombre de places en SESSAD	Accompagner le développement de la scolarité	Croissance régulière du nombre de places, positionannt le département au-dessus des ratios nationaux.	
		Favoriser la souplesse des réponses	Accord d'une dérogation pour les plus de 20 ans dans l'attente d'un accompagnement par des structures pour adultes.	
3	Mieux se coordonner autour de la scolarité	Développer l'intégration sociale et scolaire	action liée à la précédente	
		Développer les articulations entre le secteur médico-social, l'Education Nationale et les services de soin	aucune mise en œuvre spécifique identifiée	
4	Améliorer aide à domicile et intégration sociale des enfants	favoriser l'intégration en crèche ou halte-garderie et en structures de loisir	Accueil dans les crèches non spécialisées, mais avec de fortes difficultés d'accompagnement	
		initier un dispositif d'aide aux aidants	Formation des AVS	
5	Améliorer la continuité et prévenir les ruptures dans les parcours des jeunes	Favoriser l'articulation entre dispositifs de droit commun et dispositifs spécialisés	Mise en place d'un groupe de travail au niveau régional	
		Accompagner les jeunes de 16 ans dans le dispositif adulte (formation, insertion..)	Création de places de SESSAD à vocation professionnellle - Mise en place d'un groupe de travail dans le cadre du PDITH - mais peu de passerelles - existence d'un nombre important de personnes en amendement Creton	
6	Adapter l'offre de service des IME et IR aux besoins des enfants	Adapter les établissements à l'évolution des besoins des jeunes dans le contexte actuel d'orientations en faveur de l'intégration scolaire	transformation de places d'IME en unités pour enfants atteints d'autisme ; transformation de places IME en section pour enfants atteints de handicaps associés - mise en conformité des ITEP dans le cadre du décret du 6 janvier 2005	
7	Renforcer les coopérations entre DDASS, DDSS et DDPJ	Clarifier et codifier les articulations entre dispositif PH et protection de l'enfance	Actions de soutien aux équipes en établissement pour éviter les ruptures + réflexions au sein de la DDASS sur l'accueil des enfants confiés à l'ASE	

8	Favoriser le soutien à domicile	Faciliter l'accès aux prestations d'aide ménagères	Création de places de SAMSAH et de places de SSIAD PH - Montée de la PCH - travail spécifique mené avec les SAAD	
		Développer l'aide aux aidants familiaux	-	
		Renforcer la coordination des intervenants à domicile	-	
9	Développer le soutien des parents en situation de handicap	Adapter les dispositifs de droit commun et permetter un accompagnement de la cellule familiale au-delà des 6 ans de l'enfant	voir le schéma Enfance	
10	Développer les articulations entre domicile et institution	Favoriser l'animation territoriale	-	
		Développer les approches intermédiaires	Développement insuffisant des accueils alternatifs	
11	Favoriser l'intégration sociale	Soutenir l'accès à la vie sociale	Création de 3 GEM	
		Renforcer la participation aux activités de loisirs…	Autorisation délivrée à l'association Esca'l	
		Proposer une approche globale en dépassant les spécificités liées à chaque handicap	-	
12	Mieux préparer et accompagner les travailleurs en situation de handicap	Favoriser les parcours évolutifs	Mise en place de l'Appui projet par la MDPH et l'AGEFIPH	
		Développer une perméabilité entre les dispositifs	-	
13	Développer l'immersion en entreprise des travailleurs handicapés	Faire évoluer le regard de l'entreprise	Actions menées dans le cadre du PDITH (à vérifier)	
		Développer les pratiques de travail en milieu ordinaire	Pas de passerelles formalisées	
14	Développer les collaborations entre les secteurs de la psychiatrie et kes structures de travail protégé	Favoriser la mise au travail et adapter l'accompagnement des personnes présentant un handicap psychique ou cérébro-lésées	Création de SAMSAH - travail des ESMS avec le CESAME - création des GEM - création d'établissements spécifiques - souplesse d'accompagnements par la Croix Marine	
15	Adapter l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes	Améliorer leur connaissance	Réalisation d'une étude parue en 2009	
		Développer un accompagnement renforcé à leur domicile	-	

		Adapter l'offre en établissement	Création d'unité spécifiques
16	Travailler en réseau et renforcer la coordination à partir des territoires	-	Peu d'actions spécifiques
17	Développer les actions de formation pour faire face aux nouveaux enjeux	-	Peu d'actions spécifiques



2- Le schéma gérontologique

Numéro de l'action	Titre de l'action	ro de la fiche-a	Objectif(s) (titre de la fiche-action)	Synthèse de l'évaluation	
1-1	Poursuivre la territorialisation géographique de l'action gérontologique	1	Conforter la pertinence du découpage par Pays	Maintien de cette répartition (à réinterroger dans le cadre du schéma unique)	
		2	Promouvoir et accompagner la réalisation d'un maillage complet et homogène du territoire département par les CLIC	12 CLIC qui maillent le territoire	
1-2	Finaliser l'architecture institutionnelle de l'action gérontologique	3	Redéfinir la composition, les missions et les modalités de fonctionnement de l'IDCG	Ne fonctionne plus.	
		4	Redéfinir la composition, les missions et les modalités de fonctionnement des IGL	Existence de 2 IGL - mais quid de la pertnience dans le cadre d'un schéma unique	
		5	Mieux intégrer le CLIC	Positionnement comme acteur majeur au niveau local - refonte du cahier des charges	
2-1	Mettre en place les moyens d'un pilotage départemental de l'observation gérontologique	6	Mettre en place un comité opérationnel de pilotage	-	
		7	Définir et rendre opérationnels les différents niveaux de formation	Action en cours - partenariat avec CARTA - réalisation d'un Atlas gérontologique	
2-2	Se doter d'un dispositif de partage de l'information	8	Améliorer l'information délivrée aux décideurs, aux professionnels et à la population	-	
3-1	Poursuivre la qualité du soutien à domicile	9	Poursuivre la démarche qualitré engagée avec les prestataires	Mise en place de CPOM - Mise en place d'un plan départemental des services d'aide à la personne	
		10	Poursuivre le développement de l'offre de services médicalisés à domicile	Un nombre plus important de places mais un dispositif en tension	
		11	Promouvoir et soutenir les actions d'aide aux aidants	Développement de l'hébergement alternatif - mise en place de groupes de parole - mais dispositif peu lisible et peu structuré	
		12	Mieux adapter l'environnement aux handicaps	Elaboration d'un schéma accessibilité	
		13	Promouvoir l'accueil familial et l'adapter aux évolutions du paysage gérontologique	Actions de formation en cours	
		14	Prévoir des modalités d'aides financières adaptées au soutien à domicile des personnes les plus démunies.	Elaboration d'une Charte de coopération territoriale de l'aide à domicile à destination des publics vulnérables - Expérimentation d'une prise en charge de l'AJ par l'aide sociale	
3-2	Conforter les ESMS et les hôpitaux locaux comme des acteurs à part entière du soutien à domicile	15	Développer les accueils séquentiels	Développement effectif	
		16	En lien avec le SROSS III, favoriser la mise en place d'une offre gériatrique d'immédiate proximité et des filières gériatriques	territoire bien couvert, à l'exception du Nord-Ouest	
3-3	Poursuivre le développement et la modernisation des structures d'hébergement permanent	17	Réaliser dans les meilleurs délais un bilan objectif et prospectif des besoins en places d'hébergement permanent pour la décennie à venir	Mise à jour régulière des évolutions de capacité - Mais pas de travail spécifique	
		18	Poursuivre la démarche de conventionnement tripartite	En cours	

3-4	Développer les coopérations entre les différents actuers du champ gérontologique et mettre en place des actions transversales sur des probélamtqiues particulières	19	Mieux intégrer les établissements non convetionnés dans le dispositif global d'offre de services et de places d'hébergements	-
		20	Décliner un plan départemental en faveur des personnes atteintes de désorientation et de leur entourage	Réalisé
4-1	Développer une culture de la bientraitance	21	Promouvoir les outils d'une cullture gérontolohique commune	Réalisation de fiches de liaison
		22	Favoriser la mise en œuvre d'une démarche qulité dynamique au sein des établissements et services pour personnes âgées	Rôle des conventions tripartites
4-2	Renforcer la lutte contre la maltraitance	23	Sensibiliser et former l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées	Intervention d'Alma. Mais pas de structuration d'ensemble.
		24	Favoriser la connaissance des dispositifs d'appels téléphoniques par le public	A-t-on des chiffres ?
		25	Renforcer la collaboration Etat-Département	Mise en place de procédures de contrôles conjoints.

3- Le schéma Enfance-famille

Numéro de Fiche	Titre de la fiche	Objectif(s)	Synthèse de l'évaluation	
1	Offrir à tous les parents la possibilité de bénéficier de visites à domicile post-natales	Proposer une visite à domicile à tous les nouveaux parents dans les deux jours / offrir à a cette occasion une possibilité d'accès aux soins	Protocole d'accompagnement mis en place avec le CHU	
		Mettre en place des possibilités d'accueil de familles pour offrir un cadre d'étayage et d'observation de la création du lien parent-enfant	pas réalisé	
2	Améliorer l'accompagnement des parents à l'arrivée d'un enfant dans le cadre de l'adoption	Proposer à toutes les familles concernées une intervention du service adoption / engager la réflexion sur l'accompagnement de la création de liens	mise en place en 2009 de l'espace adoption au sein du CAMSP-CMPP d'Angers	
3	Consolider et développer les réseaux d'action autour de la naissance	Pérenniser et optimiser les réseaux d'action autour de la naissance	Consolidation du réseau périnatalité / Pass périnatalité	
		Favoriser les articulations, identifier les mandats et missions de chacun	Extension de la liaison hospitalière aux hôpitaux extérieurs du département	
4	Organiser le lien parent-enfant dans les situations de placement	Renforcer les coordinations entre les secteurs de périnatalité, de protection de l'enfance, de la pédopsychiatrie adulte / Travailler le lien en amont des placements / développer une offre de services souples	un groupe de travail s'est mis en place sur ce sujet, permettant la production d'un cadre de réflexion. Mais les modalités concrètes d'actions n'ont pas encore été définies	
5	S'appuyer sur les acteurs de prévention générale	Organiser les relais entre les acteurs de prévention générale et les services spécialisés / Promouvoir une action sociale "de laisison"	Initiatives isolées (circonscriptions notamment) mais pas d'actions partagées ou de ligne directrice claire	
6	Soutenir les initiatives des parents et enourager les actions collectives	Soutenir les initiatives des parents et enourager les actions collectives / favorsiser la mise en place de groupes de parole ou d'actions collectives	Activité importante du REAP / travail restant à réaliser en ce qui concerne le public vulnérable (passerelle avec le handicap notamment)	
7	Développer des relais dans l'exercice de la parentalité	Développer des outils nouveaux permettant des relais dans l'exercice de la parentalité	mise en place d'un cadre pour le parrainage / mise en place d'actions isolées. Une réflexion globale doit être réalisée	
8	Articuler les interventions à domicile	Améliorer la coordination entre les intervenants et inventer des outils de liaison	Elaboration d'un contrat d'intervention entre l'usager et l'association / pas d'outils de liaison réellement mis en place	
9	Renforcer les possibilités d'aide à domicile	Développer la capacité d'intervention en milieu ouvert en particulier au titre de la prévention	Marges de progrès importantes ; encore peu d'Interventions éducatives à domicile au titre de la moyenne nationale	
		Diversifier les modalités d'intervention	Existence d'AEMO renforcées, mais pas d'équivalent administratif. Pas de mesures contractuelles "allegées" (exemple : mesures à visée évaluative)	
		Envisager l'augmentation de la capacité d'intervention en AEMO judiciaire	Augmentation de la capacité du SAEMO	
		Mettre en place des mesures d'AEMO renforcées	Le DISMO met en œuvre des « AEMO renforcées ».	
10	Renforcer les partenariats autour de la soclarité	Renforcer les partenariats	Dans l'ensemble le partenariat éducation nationale / ASE est effectif (protocole de signalement, dispositifs spécifiques..) au niveau central. En revanche la coordination locale (niveau circonscription) reste problématique.	
		Scolariser l'ensemble des enfants et prendre en compte les élèves en difficulté	Le DESPA dispose de 50 places dédiées à ce type d'accueil	

		Développer et diversifier la construction de parcours scolaires individualisés	Dans le cadre du bassin segréen, travail réalisé par les chefs d'établissements sur des protocoles d'accompagnement de ces situations pour mettre en place un suivi individualisé ; actions de re-médiations, soutien individualisé ; les conclusions de ce travail vont être communiquées aux autres bassins	
		Garantir sur un territoire défini une dynamique de prévention de l'échec soclaire	Dispositifs de soutien scolaire sur le département / cellules de veille éducative	
11	Permettre aux enfants de bénéficier d'aides aux devoirs et d'activités périscolaires	Favoriser l'inscription des enfants à des activités péri-scolaires / Encourager la mise en place d'activités et d'aides aux devoirs / promouvoir le dialogue entre enseignant et bénévole	Modification des objectifs de la fiche suite aux évolutions du secteur (CUCS, PRE, ...) / réunions de réflexion sur le thème	
12	Développer la prévention en matière de santé et de conduites à risque	Développer la prévention auprès des adolescents et de leurs familles	Offre de soins développée à Angers / axe de travail de la prévention spécialisée dans le cadre de la convention ASEA/financeurs	
		Dans les conduites addictives des adolescents, travailler sur les relations entre enfants et parents	pas réalisé	
13	Renforcer les liaisons avec les services de psychiatrie pour enfants et adolescents	Améliorer et enrichir les réponses psychiatriques, notamment en cas d'urgence	Equipe ressource ambulatoire : PJJ + soins pédopsy + ASE + CG : activée par la cellule d'accueil immédiat autour de situations difficile. Reste à assurer la montée en charge du dispositif.	
		Définir les modalités de collaboration entre le services de la protection de l'enfance et la pédopsychiatrie	Convention de prise en charge partagée ASE - pédopsy élaborée lors du dernier schéma ; formalisation de plusieurs protocoles.	
		Améliorer et enrichir les réponses psychiatriques pour les adolescents / anvisager des approches spécifiques pour les jeunes de 16 à 21 ans	Pas de développement de réponses spécifiques	
14	Anticiper l'accompagnement éducatif des jeunes vers l'autonomie	Préparer en amont l'accès à l'autonomie des jeunes par des expérimentations encadrées / Impliquer les parents dans l'élaboration des projets d'autonomie et d'insertion des jeunes / Adapter les réponses éducatives à la présence des "adolescents" dans les familles	Fiche travaillée dans le cadre de la fiche n°15	
15	Faciliter l'accès des jeunes au logement et à l'emploi	Elaborer un dispositif spécifique en évitant le morcellement des réponses	Réflexion départementale sur le thème du logement et les jeunes (intégrée aux contrats de territoire) / mais pas de mise en place d'un dispositif de réponse globale	
		Réfléchir aux modalités de l'accompagnement pour ce public des 18-25 ans - hors champ de l'ASE	co-financement de postes dans des chantiers d'insertion pour les jeunes de 18 à 25 ans	
16	Imaginer de nouvelles approches	Prévoir les modalités d'organisation des rencontres afin de maintenir le lien parent-enfant		
		Mieux soutenir les familles d'accueil	Politique volontariste de formation et d'accompagnement des assistants familiaux a été mise en place : 15 groupes d'analyse de la pratique, deux éducateurs positionnés sur l'accompagnement des assistants familiaux,...	
		Dépasser le stade expérimental de l'accueil séquentiel et de recours à l'expertise des établissements et services	Pas de cadre formalisé de l'accueil séquentiel sur le Département / Existence de dispositifs type DESPA (accueil de jour) + pratiques d'accueil séquentiel au sein des MECS.	
		Développer les approches familiales dans le cadre des visites encadrées	Réflexion avec les associations de TISF sur la mise en œuvre / groupe ponctuel de réflexion	
17	Développer les relais de prise en charge	Développer les passerelles entre les différents modes d'accueil et d'accompagnement des enfants	Mise en œuvre d'un Protocole de prise en charge partagée / développement du relai dans certaines familles d'accueil / développement réflexion sur le parrainage	
		Valoriser les plateaux techniques des établissements et services pour une offre de service de proximité	Pas réalisé	
		Soutenir la création de lieux de vie	Un seul lieu de vie a été créé depuis 2004	
18	Consolider le dispositif d'accueil immédiat	Apporter des améliorations à ce dispositif	Création d'un dispositif d'accueil en urgence et dispositif d'accueil immediat en cours d'appropriation par les acteurs	

19	Garantir une meilleure cohérence dans le parcours des enfants	Développer des outils pour veiller à garantir la continuité et la mémoire des parcours des enfants	Pas réalisé	
		Dans les situations plus chaotiques , mettre en place des moyens de tuilage ou de relais	Dynamique enclenchée avec les partenaires	
20	Accroître les coopérations dans le situations de jeunes en grande difficulté	Développer la souplesse nécessaire à l'accueil des jeunes en grande difficulté	développement d'accueils séquentiels au sein des MECS/ prise en charge partagée / équipe ressource	
		Développer les missions de la commission "Mineurs difficiles et lois de protection de l'enfance" en mettant en place une cellule de veille et d'évaluation destinée à évaluer les parcours des jeunes / Assouplir les modes de prise en charge administratifs et financiers pour répondre aux situations individuelles des jeunes en grande difficulté	Pas réalisé (Commission n'existe plus depuis 2005)	
21	Favoriser le développement et l'échange d'informations	Mettre en place des mesures d'investigation exécutoires dès que le service est informé	Elaboration de tableaux de bord / groupes de réflexion	
		Améliorer la qualité de la collecte d'informations puis leur retransmission écrite	Marges de progrès importantes. Travail en cours sur le recueil et le traitement des IP (problèmes de délais, de formalisation des rapports d'évaluation..)	
22	Améliorer les coopérations entre le secteur médico-scoial et la protection de l'enfance	Renforcer les coopérations au bénéfice des enfants à la frontière des dispositifs d'éducation spéciale et de la protection de l'enfance	Création de la MECS l'Eclairci / mais articulations avec la MDPH à travailler	
23	Développer les prises en charge partagée	Créer des modalités d'accueil et d'accompagnement pour les jeunes à la frontière du dispositif	Dynamique enclenchée : Protocole de prise en charge partagée +	
24	relayer ou initier des actions de prévention de la maltraitance	Toucher le grand public par des campagnes de sensibilisation / Sensibiliser l'ensemble des lieux d'accueil à ces questions	Par réalisé	
		Communiquer sur le circuit du signalement	En cours (via notamment l'éloboration de la Charte de la protection de l'enfance)	
25	Mieux prendre en compte les enfants victimes et leurs familles	Soutenir le projet d'un lieu d'accueil des enfants victimes	Mise en place en 2005, au sein de la permanence d'accueil pédiatrique de l'enfance en danger (PAPED) (partenariat entre le CHU, le conseil général, la justice et l'ARH)	
		Mieux accompagner les enfants victimes et leurs familles / Offrir la possibilité d'un accompagnement soutenant en liaison dans les circonscriptions et les acteurs de pédopsychiatrie	Travail important avec les partenaire réalisé	
26	Mineurs victime de maltraitance et leurs familles : coordonner l'action des professionnels	Améliorer la coordination des professionnels	Travail réaliser dans le cadre de la PAPED	
		Mettre en place des réseaux d'action	Pas de réalisation	
27	Prendre en charge les mineurs auteurs de maltraitance sexuelle	Veiller aux conditions d'accueil et d'accompagnement	Pas de réalisation	
		Initier une réflexion sur la prise en charge de ces mineurs	Pas de réalisation	
28	Améliorer le suivi et l'accueil des mineurs délinquatnts	Compléter le dispositif de suivi et de prise en charge / Améliorer le fil rouge dans le parcours des jeunes	Procotoles partenariaux	
		Organiser la fluidité du dispositif, anticiper la sortie et renforcer l'accompagnement éducatif après un placement en CPI, CER ou CEF / Mieux prendre en compte les périodes intermédiaires entre la sortie d'un établissement et l'entrée dans un autre pour éviter les ruptures de parcours ou la démobilsiation du jeune	Les articulations avec la sortie n'ont pas été travaillées	
29	Associer et responsabiliser les parents des mineurs délinquants	Impliquer et responsabiliser les parents dans le traitement des mineurs délinquants	Le travail d'accompagnement n'a pas encore fait l'objet d'une réflexion	
30	Piloter ensemble le dispositif de protection de l'enfance	Renforcer la coordination départementale / Contractualiser avec les associations / Lancer des appels à projet / Formaliser un système départemental d'information / Donner de la souplesse au cadre financier / Mettre en place une fonction d'observatoire social	Observatoire de l'enfance en danger effectif / Sur le Milieu ouvert : groupe qui se réunit tous les trimestres (CG, PJJ, les différents services milieu ouvert) ; travail sur des objectifs communs et échanges sur les pratiques / tableau de bord pour le milieu ouvert	

B) Index

A

AAH 123, 158, 181, 209, 228, 236
Accessibilité 91, 125, 199, 226, 227, 234, 235, 236, 237, 238
Accompagnement 4, 12, 14, 18, 19, 21, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 56, 57, 58, 61, 63, 64, 65, 68, 70, 73, 77, 78, 81, 83, 84, 87, 89, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 126, 128, 132, 136, 141, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 162, 164, 165, 170, 172, 178, 182, 186, 187, 188, 190, 191, 195, 196, 197, 198, 201, 202, 203, 204, 206, 209, 210, 212, 213, 214, 217, 219, 222, 223, 226, 228, 229, 230, 231, 232, 236, 239, 240, 241, 243, 245, 246, 259, 260, 265, 266
Accueil de jour 14, 16, 128, 129, 154, 155, 156, 157, 169, 189, 191, 192, 195, 202, 203
Accueil du jeune enfant 137, 140, 147
Accueil familial 117, 119, 162, 163, 164, 165, 168, 169, 170, 174, 177, 186, 195
Accueil séquentiel 191, 195
Adolescent 17, 49, 58, 96, 113, 115, 122
Adoption 133, 136
AED 73, 114
AEMO 22, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 114
AEP 103, 149
AFPA 213, 214, 224
Agrément 88, 90, 133, 134, 135, 137, 141, 143, 144, 146, 162, 163, 164, 165, 167, 169, 196
Aidants 86, 123, 126, 128, 132, 148, 152, 153, 159, 160, 188, 266
Aide à domicile 78, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 97, 151, 212, 242
Aide à la pierre 106, 107
Aide sociale 48, 83, 133, 152, 162, 165, 172, 201, 202, 215
Aide sociale à l'enfance 15, 16, 48, 49, 74, 77, 78, 81, 82, 83, 103, 112, 114, 115, 133, 136, 152, 162, 164, 165, 166, 167, 172, 173, 185, 186, 187, 190, 201, 202, 206, 208, 215, 231, 246, 252, 267
Alzheimer 67, 127, 128, 130, 153, 198, 199
Analyse des pratiques 159, 165
APA 20, 67, 86, 87, 88, 91, 99, 156
Apre 141
ARS 19, 94, 150, 243
Assistants familiaux 115, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 186
Assistants maternels 42, 43, 138, 143, 144, 145, 146
Ateliers d'insertion 207
Avs 81, 121, 255, 260

B

Bientraitance 40, 67, 68, 69

C

CAF 18, 44, 61, 62, 81, 105, 108, 109, 123, 141, 142, 149, 150, 208, 209, 232, 240
CAMSP 50, 51, 56, 57, 58, 122, 136, 147
CCAS 66, 88, 105, 118, 150, 152, 189, 207, 208, 228, 243, 248, 266, 267
Cérébro-lésés 219
CESAME 49, 50, 58, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 169, 187, 202
Chantiers d'insertion 66, 212, 213, 214, 217, 252
CHU 48, 49, 50, 56, 58, 70, 113, 115, 116, 130, 135, 136, 151

Circonscription 31, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 52, 57, 58, 62, 63, 74, 76, 78, 80, 81, 82, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 118, 134, 136, 142, 143, 145, 146, 149, 150, 151, 165, 166, 167, 176, 208, 209, 233, 248, 249, 261, 262, 263, 264, 265, 270
CLIC 102, 128, 129, 130, 152, 153, 228, 244, 247, 248, 249, 267
CMP 58, 112, 115, 117, 120, 122
CMPP 57, 58, 136
Communautés de communes 61, 89, 228
Communication 47, 106, 152, 153, 165, 197, 228, 235, 240, 266
Conseil général 3, 4, 5, 6, 12, 19, 20, 24, 40, 42, 43, 44, 52, 53, 57, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 76, 77, 78, 79, 81, 83, 87, 88, 89, 91, 93, 97, 98, 102, 103, 106, 108, 109, 111, 113, 118, 133, 134, 135, 136, 140, 141, 144, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 156, 162, 163, 164, 165, 167, 172, 187, 189, 191, 199, 203, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 222, 223, 224, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 237, 240, 243, 244, 246, 249, 251, 254, 263, 266, 268, 269, 270
Conseil régional 210
Consultations 44, 45, 51, 52, 53, 56, 61, 65, 104, 119, 136, 137
Contractualisation 19, 74, 76, 77, 80, 103, 106, 208, 209
Contrat unique d'insertion 19
Convention tripartite 50, 62
Coordination 6, 13, 16, 18, 42, 44, 47, 48, 49, 60, 62, 68, 80, 81, 92, 108, 113, 115, 118, 145, 146, 190, 206, 210, 213, 222, 244, 247, 248, 249, 250, 251, 267
CRAM 97, 222, 224
CREAI 94, 196
Crèches 126, 138, 140, 141, 142, 147
CRERA 58, 120, 122
Creton 180, 245
Cucs 66, 217, 229, 233
Cui 19

D

Dalo 108, 109
DDASS 69, 92, 94, 113, 129, 150, 229, 236, 244, 246
DDTEFP 90, 113, 222, 224
Déficience intellectuelle 94, 169, 178, 196
Déficience motrice 94, 169, 197
Déficience sensorielle 94, 198
DEFM 222
Démographique 30, 32, 269
DESpA 191, 192, 202
DISMO 74, 77, 78, 79, 80
Doeth 221
Domicile 41, 45, 46, 57, 58, 67, 69, 73, 74, 76, 78, 80, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 101, 102, 104, 107, 109, 123, 126, 128, 132, 134, 140, 144, 149, 150, 151, 152, 153, 170, 173, 191, 194, 195, 198, 202, 212, 227, 239, 241, 248, 249, 255, 257, 258, 259, 260

E

Education nationale 114, 192, 196, 244, 251, 261, 262, 264, 267
EHPAD 68, 69, 126, 129, 148, 159, 173, 182, 183, 184, 185, 188, 198, 199, 240
Emploi 3, 18, 19, 88, 89, 90, 91, 101, 104, 108, 112, 113, 117, 118, 140, 141, 143, 163, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 221, 222, 224, 232, 233, 252
Enfant 14, 15, 16, 17, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 68, 70, 77, 78, 81, 82, 93, 94, 95, 102, 103, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147,皱148, 149, 150, 151, 152, 154, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169,

173, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 185, 186, 187, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 202, 204, 206, 220, 231, 237, 245, 246, 250, 251, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264
Epci 106, 231, 236
Errance 50, 122, 188, 216
ESAT 117, 125, 181, 196, 197, 207, 219, 220, 221, 245
Etat 124, 186, 214, 216, 269
Evaluation 3, 4, 6, 12, 13, 14, 19, 24, 40, 56, 58, 59, 68, 73, 76, 77, 102, 122, 130, 132, 144, 164, 165, 187, 193, 198, 206, 209, 219, 226, 243, 255, 261, 263, 264, 265, 266, 268, 269

F

FAJ 100, 101, 207, 215, 216, 229
FAM 117, 119, 122, 126, 173, 181, 182, 245
Famille 4, 13, 14, 18, 21, 24, 38, 43, 44, 46, 47, 48, 58, 61, 63, 66, 68, 70, 76, 77, 78, 81, 82, 94, 100, 102, 103, 105, 107, 108, 112, 113, 114, 117, 119, 121, 122, 129, 130, 132, 134, 135, 136, 137, 141, 142, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 174, 175, 176, 185, 186, 187, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 199, 200, 201, 204, 230, 232, 238, 240, 251, 252, 261, 262, 263, 266, 267, 277
Fluidité 4, 19, 176, 177, 186, 206, 247, 267
Formation 43, 47, 58, 65, 66, 67, 68, 69, 82, 85, 89, 90, 93, 97, 101, 113, 114, 120, 121, 122, 129, 141, 143, 144, 146, 147, 150, 152, 162, 163, 164, 165, 172, 187, 192, 195, 196, 199, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 222, 223, 224, 251, 255
Foyer départemental 57, 168, 175, 185, 186, 187, 238
Foyer-logement 248
Foyers 18, 119, 123, 181, 182, 183, 184, 198, 230
Foyers d'hébergement 117, 181, 182, 196
Foyers de vie 181, 196
FSL 107, 216, 229

G

Gem 117
Gérontologie 69, 91, 98, 119, 120, 127, 130, 152, 172, 211, 239, 240, 244, 247, 248, 249, 250, 270, 275
Grossesse 14, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 105
Groupes de parole 69, 128, 148, 150, 152

H

Habitat 4, 12, 24, 93, 97, 98, 99, 101, 102, 106, 108, 113, 126, 230, 231, 233, 246, 269, 270
Hébergement alternatif 129, 152, 153, 154, 156
Hébergement temporaire 126, 128, 148, 154, 155, 156, 157, 195, 198, 203, 230
HLM 36, 38, 106, 108
Hôpital 47, 49, 57, 70, 105, 121, 169, 188, 250, 264
Hors-les-murs 207, 220

I

IAE 19, 212, 213, 214
IED 74, 76, 77, 80
IME 94, 114, 121, 173, 178, 187, 194, 195, 196, 197, 201, 202, 246, 259
Information 3, 4, 5, 6, 12, 14, 15, 16, 41, 43, 44, 47, 48, 55, 60, 61, 64, 68, 77, 80, 82, 83, 89, 95, 99, 100, 102, 103, 108, 114, 122, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 140, 143, 149, 150, 153, 156, 168, 193, 198, 199, 212, 223, 234, 235, 236, 240, 243, 244, 248, 261,262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270
Insalubrité 37, 98, 108, 109

Insertion professionnelle 18, 19, 95, 101, 102, 112, 117, 118, 206, 207, 215, 216, 217, 221, 222, 223, 224, 232, 238, 246
Insertion sociale 18, 19, 62, 104, 117, 202, 215, 219, 223, 226, 227, 229, 232, 233, 236, 252
Instruction 43, 70, 143, 208, 216
IOE 77, 81
IP 15, 102, 243, 244, 261, 262, 263, 264, 266

J

Jeune 14, 26, 31, 32, 45, 47, 62, 65, 66, 67, 73, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 90, 94, 95, 101, 102, 104, 112, 113, 114, 115, 136, 137, 138, 140, 141, 143, 144, 147, 149, 150, 151, 163, 169, 173, 175, 177, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 194, 196, 201, 202, 213, 215, 216, 217, 220, 224, 226, 229, 230, 231, 233, 240, 245, 246, 250, 251, 265, 269
Jeunes difficiles 114, 202
Jeunes majeurs 14, 84
Justice 191, 244, 250

L

Lien social 62, 226, 239, 240
Lieux de vie 58, 115, 147, 175, 191, 199
Lisibilité 47, 89, 93, 105, 117, 145, 206, 209, 213, 216, 240, 247, 266, 267
Logement 37, 38, 73, 87, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 109, 112, 119, 125, 126, 178, 182, 183, 184, 194, 198, 203, 214, 216, 217, 227, 229, 230, 231, 233, 236, 238, 248, 266, 267, 269
Loi du 2 janvier 2002 13, 14, 60, 90, 163, 172, 190, 193, 199, 200

M

Maillage 4, 51, 94, 112, 122, 173, 227, 244, 250
Maisons relais 117, 119, 121, 230
MAS 119, 173, 181, 182, 196, 245
Masp 103
Mdph 16, 95, 99, 114, 121, 122, 180, 182, 186, 188, 201, 207, 208, 221, 222, 223, 238, 246, 260, 267
MDPH 16, 95, 99, 114, 121, 122, 180, 182, 186, 188, 201, 207, 208, 221, 222, 223, 238, 246, 260, 267
MECS 113, 114, 169, 175, 186, 190, 191, 195, 201, 202
Médico-social 1, 3, 4, 5, 6, 13, 25, 40, 45, 56, 58, 65, 68, 73, 91, 96, 102, 103, 111, 112, 113, 118, 119, 130, 132, 168, 180, 192, 193, 196, 201, 226, 236, 244, 248, 250, 262, 264, 267, 268
Mesures d'accompagnement social lié au logement 107
Mineurs isolés étrangers 82
Mobilité 97, 98, 140, 199, 202, 210, 216, 227, 228, 229, 230, 234
MSA 18, 44, 99, 108, 123, 140, 141, 142, 150, 153, 208, 209, 212, 222, 228, 232, 240
Mutualité 147, 151, 185, 198, 240

O

Orientation 5, 12, 16, 18, 19, 49, 73, 78, 90, 95, 96, 98, 103, 104, 111, 114, 119, 121, 122, 124, 133, 136, 141, 169, 176, 180, 182, 185, 186, 188, 189, 190, 194, 196, 199, 202, 208, 209, 214, 219, 220, 221, 226, 232, 245, 249, 254, 255, 257, 258, 265

P

Paped 67, 70, 251
Parcours 6, 12, 15, 18, 19, 44, 62, 82, 114, 122, 153, 167, 177, 190, 191, 206, 208, 209, 210, 212, 215, 223, 244, 246, 247, 251, 255, 259, 260

Parent 14, 15, 16, 17, 18, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 57, 58, 62, 63, 76, 77, 94, 103, 122, 123, 132, 133, 134, 136, 137, 140, 141, 142, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 167, 191, 192, 195, 232, 245, 255, 259, 262, 266
Parentalité 43, 49, 58, 103, 132, 148, 149, 150, 151, 209, 231, 233
Pasa 129
PDALPD 98, 108
PDI 64, 66, 107, 118, 206, 210, 232
PDITH 113, 118, 223, 224
Périnatalité 42, 43, 44, 48, 49
Personne âgée 4, 21, 24, 32, 33, 67, 68, 69, 73, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 97, 98, 102, 104, 109, 126, 128, 130, 132, 153, 154, 155, 157, 162, 164, 167, 168, 169, 173, 178, 182, 185, 187, 198, 199, 226, 239, 240, 241, 248, 254, 266, 267, 269
Personne handicapée 4, 16, 21, 24, 68, 89, 93, 96, 97, 99, 102, 104, 113, 118, 119, 123, 124, 125, 126, 132, 148, 158, 164, 170, 178, 182, 185, 197, 221, 222, 224, 228, 234, 236, 237, 240, 245, 266, 267, 272
Personne handicapées 4, 16, 21, 24, 68, 89, 93, 96, 97, 99, 102, 104, 113, 118, 119, 123, 124, 125, 126, 132, 148, 158, 164, 170, 178, 182, 185, 197, 221, 222, 224, 228, 234, 236, 237, 240, 245, 266, 267, 272
Personnes âgées 4
Personnes handicapées 4
Personnes handicapées vieillissantes 123, 124, 182, 185, 240
PJJ 15, 62, 75, 79, 80, 84, 187, 192, 261, 264
Plan départemental de l'habitat 106
PMI 14, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 56, 57, 58, 81, 102, 104, 105, 136, 141, 144, 145, 208
Polyhandicap 16, 94, 169, 197
Précarité 34, 35, 38, 48, 49, 65, 66, 101, 105, 112, 113, 120, 149, 178, 188, 226, 262, 270
Prévention 14, 15, 22, 23, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 51, 54, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 77, 79, 80, 102, 103, 114, 120, 127, 128, 141, 146, 151, 199, 209, 215, 223, 233, 240, 241, 251
Prévention des risques 67
Prévention spécialisée 22, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 251
Priac 92, 178, 180
Prise en charge partagée 115, 192, 201, 202
Protection 14, 15, 16, 22, 23, 42, 43, 44, 45, 46, 51, 61, 74, 76, 79, 80, 82, 84, 102, 103, 146, 151, 163, 185, 187, 194, 201, 250, 251, 261, 263, 264, 265, 268, 269
Pru 233
Psychiatrie 49, 57, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 188, 191, 202, 250, 263
Psychiatrie infanto-juvénile 49, 115, 116
Psychique 16, 41, 47, 49, 65, 66, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 159, 166, 188, 196, 202, 219, 237, 250, 270
PTI 118, 210, 231, 248

Q

Qualité 3, 4, 5, 13, 48, 51, 60, 68, 69, 73, 77, 78, 81, 85, 88, 89, 90, 91, 93, 95, 97, 103, 104, 105, 117, 125, 126, 132, 137, 153, 156, 159, 160, 163, 165, 172, 193, 199, 201, 210, 221, 265, 266

R

RAM 137, 141, 144, 145, 146
Répartition 3, 87, 89, 127, 132, 148, 155, 157, 162, 166, 172, 173, 174, 176, 178, 181, 182, 184, 197, 233, 248, 262
RESAAD 65, 66
Réseau 48, 49, 58, 59, 64, 65, 68, 99, 112, 113, 114, 115, 120, 140, 141, 145, 146, 150, 152, 223, 227, 229, 238, 240, 244, 247, 248, 249, 268, 270
Résidences sociales 230
Retour vers l'emploi 211
RMI 18, 20, 113, 118, 208, 209, 222, 229

RSA 17, 18, 23, 105, 113, 141, 188, 203, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 222, 223, 227, 229, 232
Rupture 3, 5, 6, 49, 62, 95, 113, 120, 122, 146, 186, 187, 191, 195, 211, 212, 215, 223, 244, 245, 246, 248, 251, 259, 265

S

SAEMO 74, 77, 78, 80, 81
SAMSAH 93, 96, 97, 117, 118, 196
Sanitaire 44, 58, 61, 64, 65, 66, 67, 91, 113, 115, 116, 120, 167, 192, 196, 201, 248, 249, 250, 267
Santé 14, 16, 17, 42, 44, 45, 48, 49, 52, 58, 64, 65, 66, 67, 102, 103, 104, 105, 112, 113, 114, 116, 118, 119, 121, 127, 130, 136, 188, 189, 198, 201, 204, 208, 216, 233, 239, 244, 248, 249, 261, 264, 266
SAVS 93, 96, 97, 117, 126, 196, 197, 202
Schéma régional médico-social addictologie 65
Sensibilisation 4, 45, 55, 67, 69, 89, 140, 141, 240
Services d'aide à domicile 85, 89, 91, 93, 97, 109
SESSAD 58, 93, 94, 95, 121, 147, 178, 180, 197, 198, 246
SIPHAD 57
Sros 48, 49, 64, 250
SSIAD 91, 92, 93, 96, 97
Stratégie 4, 82, 97, 153, 172, 249
Suivi 12, 14, 16, 19, 30, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 56, 60, 61, 69, 77, 78, 79, 81, 84, 91, 94, 105, 109, 114, 115, 121, 126, 133, 134, 136, 137, 141, 144, 145, 146, 150, 162, 163, 164, 165, 167, 173, 177, 190, 197, 206, 207, 209, 210, 211, 215, 228, 232, 246, 248, 260, 262, 265, 266, 268, 269

T

TED 56, 58, 120, 121, 122, 179, 196
Territoire 3, 4, 5, 6, 12, 18, 19, 27, 32, 33, 34, 38, 42, 45, 48, 49, 51, 52, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 76, 81, 85, 86, 89, 94, 95, 97, 98, 102, 106, 107, 108, 115, 117, 119, 120, 126, 127, 128, 129, 130, 134, 138, 140, 142, 143, 144, 145, 148, 149, 152, 155, 156, 157, 162, 164, 166, 172, 174, 176, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 187, 188, 198, 208, 209, 211, 213, 217, 222, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 239, 240, 244, 247, 248, 249, 250, 251, 257, 258, 262, 264, 267, 270
TISF 22, 73, 74, 81, 82, 102, 150, 151
Transport à la demande 227, 228

U

Uhr 129
UPAD 127, 128, 129, 198
UPHV 123, 124
Urgence 16, 22, 70, 103, 111, 115, 126, 141, 142, 164, 168, 169, 172, 177, 185, 186, 187, 188, 189, 202, 203, 230, 245, 261, 264, 265
USLD 182

V

VAD 44, 45, 46, 104, 149
VAE 90